



Aalto-yliopisto
Kauppakorkeakoulu

Erikoissairaanhoidon palveluntuottajarakenne Suomessa

Pro gradu -tutkielma
Teppo Koskinen
Syksy 2016
Laskentatoimi

Hyväksytty laskentatoimen laitoksella ___ / ___ 20__ arvosanalla _____



Aalto University
School of Business

SERVICE PROVIDER STRUCTURE IN FINNISH SPECIAL HEALTHCARE

Master's Thesis
Teppo Koskinen
Fall 2016
Accounting

Approved in the Department of Accounting ____ / ____20____ and awarded the
grade

Tekijä Teppo Koskinen		
Työn nimi Erikoissairaanhoidon palveluntuottajarakenne Suomessa		
Tutkinto Kauppätieteen maisteri		
Koulutusohjelma Laskentatoimi		
Työn ohjaajat Teemu Malmi, Iris Hörhammer		
Hyväksymisvuosi 2016	Sivumäärä 112	Kieli Suomi

Tiivistelmä

Tutkimus käsittelee Suomen erikoissairaanhoidon palveluntuottajarakenteen jakautumista eri palveluntuottajien kesken. Tutkimus on rajattu kahdeksaan eri Aallon tunnuslukuprojektissa mukana olevaan sairaanhoitopiiriin, joiden alueiden erikoissairaanhoidon tuotannon jakautumista eri palveluntuottajille, kuten sairaanhoitopiiriin omille ja yksityisille palveluntuottajille, tarkastellaan yksityiskohtaisesti. Lisäksi tutkimuksessa käydään läpi sairaanhoitopiirien palvelutuotantoa muille kuin jäsenkuntiensa asukkaille ja esitetään laskentamalli sairastavuuden vaikutuksesta alueelliseen erikoissairaanhoidon palveluiden tarpeeseen.

Tutkimuksen kirjallisuuskatsauksessa käydään läpi tekijöitä, jotka auttavat ymmärtämään palveluntuottajarakenteen muodostumista sairaanhoitopiirien alueilla, ja jotka vaikuttavat erikoissairaanhoidon tuloksellisuuteen. Luvussa käsitellään muun muassa tilaaja-tuottaja-toimintatapaa, palveluiden kilpailutusta ja tuotteistusta sekä tuottavuutta.

Tutkimus toteutettiin laadullisena monitapaustutkimuksena, jossa on sekä eksploratiivisia että eksplanatorisia piirteitä. Tutkimusaineistona käytetään pääasiassa Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemaa dataa vuonna 2013 Suomessa tuotetuista erikoissairaanhoidon DRG-pisteistä. THL:n datan lisäksi tutkimuksessa hyödynnettiin muita lähteitä, kuten vuosikertomuksia, kokouspöytäkirjoja ja sairaanhoitopiirien omia aineistoja erikoissairaanhoidon tuotannostaan.

Tutkimustulosten mukaan erikoissairaanhoidon palveluntuottajarakenteessa on merkittäviä eroja sairaanhoitopiirien alueiden välillä. Pääasiallisena tuottajana kaikkien sairaanhoitopiirien alueilla toimivat sairaanhoitopiirien omat palveluntuottajat, mutta muissa palveluntuottajaluokissa erot ovat suurempia. Erot palveluntuottajarakenteissa johtuvat tyypillisesti osasta kunkin sairaanhoitopiirin jäsenkuntia, jotka suosivat paikallista palveluntuottajaa, kuten terveyskeskusta, yli oman sairaanhoitopiirinsä palveluntuottajien. Lisäksi tutkimuksessa käy ilmi, että sairaanhoitopiirien välisiä asukaskohtaisia erikoissairaanhoidon käyttömääriä ei pystytä selittämään aluekohtaisilla eroilla sairastuvuudessa tai tuottavuudessa.

Erikoissairaanhoidon palveluntuottajarakenteen selvittäminen on tärkeää, koska se tukee erikoissairaanhoidon kansallisen tason ohjausta ja Suomessa meneillään olevaa sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistusta. Sairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajarakenteen selvittäminen paljastaa alueellisia poikkeavuuksia, kuten tuotannon hajautumista, johon sote-uudistuksella voidaan puuttua. Pohdintaosiossa nostetaan esiin kirjallisuuskatsauksessa esiin tulleita ongelmakohtia, joita sote-uudistuksella voidaan ratkaista. Tutkimustulosten pohjalta esiin nousseet suuret aluekohtaiset erot erikoissairaanhoidon tuotannossa kaipaavat lisätutkimusta, koska erojen taustalla voi olla alueellisia ongelmia palveluiden mitoittamisessa ja se asettaa asukkaat eriarvoiseen asemaan eri puolilla Suomea.

Avainsanat erikoissairaanhoito, tuottavuus, DRG, palveluiden mitoitus, sairaanhoitopiiri

Author Teppo Koskinen		
Title of thesis Service provider structure in Finnish special healthcare		
Degree Master of Science in Economics and Business Administration		
Degree programme Accounting		
Thesis advisors Teemu Malmi, Iris Hörhammer		
Year of approval 2016	Number of pages 112	Language Finnish

Abstract

This study focuses on the service provider structure in Finnish special healthcare and how it is divided between different service provider groups. The scope of the study is eight Finnish healthcare districts that are part of the Aalto University's key ratio project. The division of service providers in the area of these healthcare districts is researched in detail. The service providers are divided into five different groups, such as the healthcare district's own and private service providers. The study also addresses the healthcare districts' production of services to other customers than those who belong to the geographical area of the healthcare district. Furthermore, formula about the effects on morbidity to the regional needs of special healthcare services is developed.

The literature review of the study addresses factors that help the reader to understand the reasons which have caused the current service provider structures in healthcare districts' areas, and affect the effectiveness of special healthcare. The topics discussed include inter alia purchase provider split, competitive tendering and productization of services, and productivity in healthcare.

The qualitative research was conducted as a multiple case study which has both exploratory and explanatory features. The research material was provided by the National Institute for Health and Welfare of Finland (THL). The dataset includes all the DRG points produced in Finland in the year 2013. In addition to the data provided by THL, other relevant sources, such as meeting minutes and data provided by the healthcare districts, were used.

Findings of the study show that the division of service providers in healthcare districts' areas varies significantly. The major service provider in all the areas of the districts are their own service providers but the differences in other service provider groups are substantial. The division of the service providers in the healthcare districts' areas is typically caused by a part of the municipalities belonging to each healthcare district. Some municipalities prefer to use local providers over the ones that are owned by their healthcare district. Furthermore, the study shows that the differences in the amounts of used services in healthcare districts' areas cannot be explained by morbidity or differences in productivity.

Studying the division of service providers in special healthcare, is crucial because it supports the national level guidance in special healthcare and the vast reform in health and social services that is ongoing in Finland. The division of service providers reveals regional differences, such as diffusion of the production, which can be tackled with the reform. In the discussion part, the problematics discussed in the literature review are reflected on the reform of health and social services. Based on the findings of the research, further research is needed on the service design of healthcare districts. Significant regional differences in the amounts of services produced, may be caused by issues in the service design or unequal treatment of patients in different parts of Finland.

Keywords special healthcare, productivity, DRG, service design, healthcare district

Sisällysluettelo

1. Johdanto	1
1.1 Tutkimuksen taustaa	1
1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja rajaukset	2
1.3 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen toteutus	3
1.4 Tutkimuksen rakenne	4
2. Kirjallisuuskatsaus	6
2.1 Erikoissairaanhoidon ja sen järjestäminen Suomessa	6
2.1.1 Erikoissairaanhoidon laki	6
2.1.2 Erikoissairaanhoidon järjestäminen ja rahoitus Suomessa	7
2.2 Tilaa tuottaja-toimintatapa	8
2.2.1 Tilaa tuottajan asema tilaa tuottaja-toimintatavassa	10
2.2.2 Kokemuksia tilaa tuottaja-toimintatavasta	11
2.3 Palvelujen ulkoistaminen ja ostopalvelut	13
2.3.1 Syyt palvelujen ulkoistamiseen	14
2.4 Kilpailutus ja palvelusetelit	19
2.4.1 Hankintalaki ja sen mahdollistamat hankintamenettelyt	20
2.4.2 Palveluseteli	23
2.5 Sairaanhoidon palvelujen tuoteistus	26
2.5.1 DRG-pohjainen tuoteistus	28
2.5.2 DRG-järjestelmä ja kustannuslaskenta	30
2.5.3 DRG-järjestelmän vaikutus hoidon laatuun	32
2.6 Tuottavuus ja sen mittaaminen	34
2.6.1 Tuottavuus	34
2.6.2 Tuottavuus julkisissa palveluissa	36
2.6.3 Tuottavuus erikoissairaanhoidossa	38
3. Tutkimusmenetelmä ja – aineisto	40
3.1 Tutkimusmenetelmä ja sen perustelu	40
3.2 Tutkimusaineiston kerääminen	41
3.3 Tutkimusaineiston analysointi	43
4. Case-esittely	45
4.1 Sairaanhoidopiirit	46
5. Empiiriset tulokset	51
5.1 Kaikki sairaanhoidopiirit	51

5.2 Yksityiset palveluntuottajat	54
5.3 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	58
5.4 Etelä-Savon sairaanhoitopiiri	60
5.5 Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri	62
5.6 Keski-Suomen sairaanhoitopiiri	64
5.7 Kymenlaakson sairaanhoitopiiri	65
5.8 Pirkanmaan sairaanhoitopiiri	67
5.9 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	70
5.10 Vaasan sairaanhoitopiiri	73
5.11 Sairaanhoitopiirien muille tuottamat erikoissairanhoidon palvelut	75
5.12 Erikoissairanhoidon palvelutuotannon tuotosten määrä suhteessa sairaanhoitopiirien väestöpohjaan	78
6. Tutkimustulosten pohdinta ja johtopäätökset	82
6.1 Tutkielman keskeiset löydökset	82
6.1.1 Keskeiset löydökset sairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajarakenteessa	82
6.1.2 Sairastavuuden huomiointi erikoissairanhoidon tuotannon mitoittamisessa väestöpohjan tarpeisiin	85
6.2 Tutkimustulosten pohdinta ja johtopäätökset	87
6.3 Tutkimustulosten validius ja reliabiliteetti	92
6.4 Tuleva tutkimus	93
Lähteet	95
Liitteet	104
Liite 1. Potilaskohtainen kustannuslaskenta	104
Liite 2. DRG-pisteiden hinnoittelu	105
Liite 3. Suomen sairaanhoitopiirit ja erityisvastuualueet	107
Liite 4. Sairaanhoitopiirien alueiden erikoissairanhoidon palveluntuottajarakenne	108
Liite 5. Sairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina aikaisemmista taulukoista puuttuvissa kunnissa	109

Kuviot

Kuvio 1. Tilaaja-tuottaja-toimintatapa	9
Kuvio 2. Julkisen ja ulkoisen tuottajan yhteistyön nyky- ja tavoitetilä	18

Taulukot

Taulukko 1. Avaintunnusluvut tutkimuksessa mukana olevien sairaanhoitopiirien taloudesta	46
Taulukko 2. Palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirien alueiden jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina	52
Taulukko 3. Sairaanhoitopiirien ja niiden jäsenkuntien yksityisiltä palveluntuottajilta ostamat palvelut tuottajittain DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina	55
Taulukko 4. Sairaanhoitopiirien ja niiden jäsenkuntien yksityisiltä palveluntuottajilta ostamat palvelut tuottajittain suhteellisina osuuksina	56
Taulukko 5. Etelä-Pohjanmaan SHP:n alueen palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina	58
Taulukko 6. Etelä-Savon SHP:n alueen palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina	60
Taulukko 7. Kanta-Hämeen SHP:n alueen palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina	62
Taulukko 8. Keski-Suomen SHP:n alueen palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina	64
Taulukko 9. Kymenlaakson SHP:n alueen palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina	65
Taulukko 10. Pirkanmaan SHP:n alueen palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina	67
Taulukko 11. Pohjois-Pohjanmaan SHP:n alueen palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina	70
Taulukko 12. Vaasan SHP:n alueen palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina	73
Taulukko 13. Sairaanhoitopiirien tuottamat palvelut muille kuin oman SHP:nsä jäsenille	75
Taulukko 14. SHP:n asukkaiden erikoissairaanhoidon palveluiden käyttökeskiarvo asukasta kohden oikaistuna sairastavuusindeksillä	79
Taulukko 15. Sairaanhoitopiirien jäsenkuntien käyttämät julkiset toimijat omassa sairaanhoitopiirissä	83

1. Johdanto

1.1 Tutkimuksen taustaa

Suomen taloustilanne on jatkunut heikkona vuosikausia ja julkiseen sektoriin kohdistuu voimakkaita säästöpaineita sekä muutosvaatimuksia. Säästöpaineeet ja muutosvaatimukset ovat kohdistuneet etenkin terveydenhuoltosektoriin, jossa tehostamistoimilla on mahdollista saavuttaa jopa miljardisäästöt. (Kinnula et al. 2014a.) Suomen terveydenhuoltomenot vuonna 2013 olivat 18,5 miljardia euroa ja niiden osuus bruttokansantuotteesta oli 9,1 prosenttia. Tästä erikoissairaanhoidon osuus oli 6,8 miljardia ja perusterveydenhuollon 3,8 miljardia euroa. Suomen ongelma ei ole terveydenhuoltomenojen suuruus, vaan niiden bruttokansantuotteeseen verrattuna nopea kasvuvauhti. Tilastokeskuksen mukaan Suomen bruttokansantuotteen volyymimuutos inflaatiokorjattuna oli -1,1 prosenttia ja erikoissairaanhoidon menot kasvoivat samaan aikaan reaalisesti 3,7 prosenttia. (Matveinen & Kape 2015). Tilanne on julkisen talouden kannalta kestävätkö terveydenhuollon kulujen kasvaessa voimakkaasti ja talouden samaan aikaan supistuessa.

Suomen hallitus on hallitusohjelmassaan listannut yhdeksi tärkeimmäksi tavoitteekseen julkisen talouden rakennepoliittiset uudistukset, joilla pyritään kestävyysvajeen paikkaamiseen. Hallitus pyrkii saavuttamaan vähintään neljän miljardin taloudelliset vaikutukset valtaosin sosiaali- ja terveystalouden uudistamisella ja kuntien kustannuksia karsimalla. (Ratkaisujen Suomi 2015.) Rakennemuutosten myötä sosiaali- ja terveystalouden järjestämistapa on muuttamassa Suomessa. Suomen hallitus pääsi sopuun sosiaali- ja terveystalouden uudistuksesta, joka muuttaa merkittävästi sosiaali- ja terveystalouden järjestämistapaa nykyisestä. Vuodesta 2019 eteenpäin palvelutuotanto- ja järjestämisvastuu siirtyy kunnilta ja sairaanhoitopiireiltä 18 maakunnalle, jotka jatkossa vastaavat kaikista alueidensa sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä. Lisäksi muodostetaan viisi sote-yhteistyöaluetta erityisvastuualueiden pohjalta ja ympärivuorokautinen päivystys keskitetään 12 yksikköön. (Pöysti 2016a)

Keskittämällä erikoissairaanhoidon palveluiden tarjontaa voidaan saavuttaa merkittäviä taloudellisia ja laadullisia mittakaavaetuja ja täten alentaa erikoissairaanhoidon kustannuksia (Duodecim 2003). Aaltonen et al. (2007a) mukaan kaikkia erikoissairaanhoidon palveluita ei ole kannattavaa tuottaa kaikissa sairaanhoitopiireissä, koska keskittämällä toiminnasta voidaan saada sekä laadullisesti parempaa että tehokkaampaa. Esimerkiksi toisiaan lähellä olevien sairaaloiden ei kannata tuottaa kaikkia palveluita, vaan niiden erikoistuminen ja toinen toistaan täydentävä palvelutuotanto on

tehokkaampi ratkaisu (Kinnula et al. 2014b). Suomen terveydenhuollon resursointi on kansainvälisesti korkealla tasolla, mutta useat sairaalat toimivat tehottomammin kuin niiden keskieurooppalaiset verrokkinsa (Kinnula et al. 2014a).

Tämä tutkimus toteutetaan Aalto-yliopiston Tunnuslukuprojektin tutkijoiden pyynnöstä toimeksiantona. Tutkija ei työskentele toimeksiantajan palveluksessa. Tunnuslukuprojektin tarkoituksena on kehittää alueellisen palvelutuotannon ja sen tehokkuuden kuvaamiseen soveltuva mittaristo. Mittariston kehittämisen tueksi tutkimusprojektissa tehdään muun muassa kansallista ja kansainvälistä sosiaali- ja terveyspalveluiden toiminnan vertailua. (Kinnula et al. 2014a). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää erikoissairaanhoidon palveluntuottajarakennetta tutkimuksessa mukana olevien sairaanhoitopiirien alueilla. Palveluntuottajarakenteen selvittäminen auttaa sairaanhoitopiirejä niiden toiminnan mitoittamisessa sekä edesauttaa sairaanhoitopiirien alueiden välisten tuottavuusvertailujen tekoa. Lisäksi palveluntuottajarakenteen selvittäminen tukee kansallisen tason ohjausta erikoissairaanhoidossa.

1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja rajaukset

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, *millainen tutkimuksessa mukana olevien sairaanhoitopiirien alueiden erikoissairaanhoidon palveluntuottajarakenne on*. Tutkimuksessa käsitellään sitä, missä sairaanhoitopiirien jäsenkuntien asukkaiden erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan, mitä erikoissairaanhoidon palveluita sairaanhoitopiirien kuntayhtymät tuottavat muille kuin jäsenkuntiensa asukkaille ja miten sairaanhoitopiirien palvelutuotanto suhteutuu niiden väestöpohjaan.

Palveluntuottajarakenteella tarkoitetaan niitä palveluntuottajia, joilta sairaanhoitopiirien jäsenkunnat hankkivat erikoissairaanhoidon palvelut asukkaillensa. Palveluntuottajat ovat jaettu viiteen alaryhmään, jotka ovat sairaanhoitopiiriin kuuluvat sairaalat, sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevat muut julkiset toimijat, yksityiset palveluntuottajat, muiden sairaanhoitopiirien palveluntuottajat ja muiden sairaanhoitopiirien muut julkiset toimijat. Sairaanhoitopiiriin kuuluvat sairaalat tarkoittavat kunkin sairaanhoitopiirin omalta kuntayhtymältä hankittuja erikoissairaanhoidon palveluita. Sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevat muut julkiset toimijat ovat sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevia julkisia palveluntuottajia, jotka eivät ole osa sairaanhoitopiirin kuntayhtymää. Yksityiset palveluntuottajat kattavat kaikki ei-julkiset palveluntuottajat omistuspohjasta riippumatta. Useat yksityiset palveluntuottajat ovat yhteisyrityksiä julkisen ja yksityisen tuottajan välillä. Muiden sairaanhoitopiirien palveluntuottajat viittaavat kaikkiin muihin Suomen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien

palveluntuottajiin paitsi tarkasteltavana olevaan ja muiden sairaanhoitopiirien muihin julkisiin palveluntuottajiin. Muiden sairaanhoitopiirien muut palveluntuottajat käsittävät vastaavasti kaikki muihin kuin käsiteltävään sairaanhoitopiiriin kuulumattomat julkiset palveluntuottajat.

Tutkimus on rajattu kahdeksaan Tunnuslukuprojektissa mukana olevaan sairaanhoitopiiriin toimeksiantajan ehdotuksesta. Mukana olevat sairaanhoitopiirit ovat Etelä-Savon, Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Keski-Suomen, Kymenlaakson, Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirit. Rajausta on toteutettu siten, että palveluntuottajarakennetta käsitellään näiden sairaanhoitopiirien alueiden osalta, mutta tutkimuksessa ovat mukana palveluntuottajat kaikkien sairaanhoitopiirien alueilta. Toisena tutkimuksen rajauksena on keskittyminen ainoastaan erikoissairaanhoidon palvelutuotantoon eli muut sosiaali- ja terveydenhoitopalvelut ovat rajattu tutkimuksen ulkopuolelle.

1.3 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen toteutus

Tutkimus toteutetaan laadullisena monitapaustutkimuksena, jossa on sekä eksploratiivisia että eksplanatorisia piirteitä. Eksploratiivisessa tutkimuksessa tutkimusalue on ennestään heikosti tunnettu ja sen tarkoituksena on kartoittaa aihetta, mutta sen tarkoituksena ei ole tuottaa tilastollisesti yleistettäviä tutkimustuloksia. Aiheen kartoituksen pohjalta pyritään kehittämään ideoita ja hypoteeseja jatkotutkimusta varten. Eksplanatorisessa tutkimuksessa pyritään löytämään syitä ilmiöille ja sitä kautta selittämään niiden syy- ja seuraussuhteita. (Scapens 1990.) Laadullisten menetelmien käyttö tutkimusta tehdessä on perusteltua, kun tutkimuksen kohteena oleva ilmiö on heikosti tunnettu ja/tai kartoittamaton (Alasuutari 1999; 231). Tutkimuksen aiheesta Suomessa on olemassa vain vähän aikaisempaa tutkimusta, ja tutkimuksen tavoite on tuottaa kartoitusta aikaisemmin vähän tutkitulta alalta ja pyrkiä selittämään löydöksiä mahdollisuuksien mukaan.

Kirjallisuuskatsauksessa käsitellään teoriaa erikoissairaanhoidon markkinoiden muotoutumiseen vaikuttavista tekijöistä ja tuloksellisuuden eri osa-alueilta, kuten teoriaa liittyen julkisten palveluiden tuottavuuteen ja tuotteistamiseen sekä hankintalain vaikutusta tuotteiden ulkoistuksiin. Markkinoiden muotoutumiseen vaikuttavat tekijät ovat niitä, jotka muodostavat markkinoilla toimimisen reunaehdot. Tuloksellisuuden määritelmänä käytetään Kuntaliiton määritelmää, jonka mukaan tuloksellisuus on yläkäsite vaikuttavuudelle, tuottavuudelle, kustannustehokkuudelle ja laadulle (Mehtonen et al. 2015). Edellä mainitut tekijät ovat valittu määrittämään tutkimuksen kirjallisuuskatsausta, koska ne tukevat

Aalto-yliopiston tunnuslukuprojektin tavoitteita ja auttavat ymmärtämään sairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajarakenteiden muodostumista.

Tutkimuksen empiriaosuuden ensimmäinen vaihe alkoi tutustumalla julkisesti saatavissa oleviin aineistoihin sairaanhoitopiireistä ja kunnista. Nämä aineistot käsittävät muun muassa vuosikertomukset, tilinpäätökset, kokouspöytäkirjat ja talousarviot. Tarkoituksena oli saada kokonaiskuva siitä, mitä tietoa sairaanhoitopiireistä on julkisesti saatavilla ja voidaanko niiden pohjalta lähteä tutkimaan sairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajarakenteen muodostumista sekä sairaanhoitopiirin omien palveluntuottajien ulkopuolelta hankittujen erikoissairaanhoidon palveluiden vaikutusta sairaanhoitopiirin tuottavuuteen. Lopputuloksena tässä vaiheessa tutkimusta oli, että saatavilla olevat tiedot eivät ole vertailukelpoisia keskenään eikä niitä ole saatavilla riittävästi. Toisessa vaiheessa lähestyttiin tutkimuksessa mukana olevia sairaanhoitopiirien edustajia ja pyydettiin heitä toimittamaan sisäiset aineistonsa ostopalveluiden käytöstä. Tässä vaiheessa päädyttiin samaan ongelmaan kuin ensimmäisessäkin. Saatavilla oleva aineisto vaihteli laajuudeltaan ja keskinäisessä vertailukelpoisuudessa oli puutteita raportointitavasta johtuen. Kolmannessa vaiheessa pyydettiin Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitokselta tietoja erikoissairaanhoidon tuotannosta. Tämä aineisto käsittää koko Suomessa tuotetut erikoissairaanhoidon palvelut kunnittain, sairaanhoitopiirien alueittain ja erikoisaloittain. Kun tarvittava tutkimusaineisto oli saatu, alkoi tutkimusdatan käsittely ja analysointi. Tulokset käsiteltiin ensin kaikkien tutkimuksessa mukana olevien sairaanhoitopiirien osalta ja sen jälkeen sairaanhoitopiirikohtaisesti. Aineiston perusteella tehtyjen löydösten syy- ja seuraussuhteiden analysoinnissa käytettiin tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kerättyjä materiaaleja sekä muita soveltuvia lähteitä.

1.4 Tutkimuksen rakenne

Tutkimus jakautuu kuuteen lukuun. Johdantoluvussa käydään läpi syy tutkimuksen tekemiselle ja esitellään lukijalle tutkimusongelma ja sen rajoitteet sekä esitellään tutkimuksen toteutus. Toinen luku on kirjallisuuskatsaus, jossa käsitellään erikoissairaanhoidon markkinoiden muotoutumiseen vaikuttavia tekijöitä eli markkinoita määrittäviä reunaehtoja ja sen tuloksellisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Kolmannessa luvussa käsitellään tutkimusote, tutkimuksen käytössä oleva aineisto ja aineiston asettamat rajoitteet. Neljännessä luvussa esitellään case eli tapaustutkimuksen aihe ja tutkimuksessa mukana olevat sairaanhoitopiirit. Viidennessä luvussa käydään läpi tutkimuksen empiiriset tulokset. Kuudennessa luvussa on vuorossa empiiristen tulosten pohdinta eli siinä käydään

läpi merkittävimmät tutkimustulokset ja pyritään etsimään syy- ja seuraussuhteita niille, esitetään johtopäätökset tutkimustuloksista ja arvioidaan jatkotutkimusmahdollisuuksia.

2. Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen ensimmäisessä alaluvussa käsitellään mitä erikoissairaanhoito on, mitä siitä säädetään laissa ja miten se on järjestetty Suomessa. Toisessa alaluvussa käydään läpi, mikä tilaaja-tuottaja-toimintatapa on, miten se vaikuttaa sairaanhoidon järjestämiseen Suomessa ja esitetään kokemuksia toimintatavasta eri maista. Kolmannessa alaluvussa esitetään palvelujen ulkoistamisen syitä ja etuja, joita ulkoistamisella voidaan saavuttaa ja mahdollisia sudenkuoppia, joihin ulkoistava kunta/sairaanhoitopiiri voi langeta. Neljännessä luvussa käsitellään kilpailutuksen kaksi eri muotoa: tilaaminen eli palveluiden hankinta ja palvelusetelit. Tilaamisen osalta aluksi perehdytään sitä säätelevään hankintalakiin, jonka jälkeen käydään läpi tilaamisen eri toteutustavat ja tekijät, jotka vaikuttavat tilaamisen onnistumiseen tai epäonnistumiseen. Palvelusetelin käsittely alkaa tilaamisen tavoin relevantin lain eli palvelusetelilain käsittelystä. Sen jälkeen käsitellään, miten palveluseteleitä voidaan hyödyntää ulkoistuksessa, ja käydään läpi siihen kohdistuvaa kritiikkiä. Viidennessä alaluvussa käydään läpi sairaanhoidon palveluiden tuotteistus. Tuotteistuksen osalta käydään läpi mitä eri tuotteistusmuotoja on käytössä erikoissairaanhoidossa ja perehdytään tarkemmin DRG-tuotteistukseen. Tuotteistus on ennakkoehto muun muassa tuottavuusvertailuille ja toimivalle kustannuslaskennalle. Kuudennessa alaluvussa käydään läpi mitä tuottavuus on, miten siihen voidaan vaikuttaa ja miten sitä mitataan julkisissa palveluissa sekä erikoissairaanhoidossa.

2.1 Erikoissairaanhoito ja sen järjestäminen Suomessa

Suomen terveydenhuolto jakaantuu perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon.

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan erikoislääkärivetoista osaa Suomen terveydenhuollosta, jonka palveluiden piiriin pääsy edellyttää lähetettä perusterveydenhuollosta lukuun ottamatta akuutteja tapauksia. (Hermansson 2012). Tässä luvussa käydään läpi mitä erikoissairaanhoito on ja mitä siitä säädetään laissa.

2.1.2 Erikoissairaanhoitolaki

Erikoissairaanhoidosta säädetään erikoissairaanhoitolaissa. Lain mukaan kunnat ovat vastuussa erikoissairaanhoidon palveluiden järjestämisestä asukkaillensa. Erikoissairaanhoitolain myötä entiset erikoissairaanhoidon kuntaliitot yhdistettiin 21 sairaanhoitopiiriksi. Sairaanhoitopiirit ovat kuntayhtymiä, jotka sairaanhoitopiirin alueen kunnat muodostavat. Tutkimuksessa käytetään termiä sairaanhoitopiirin alue puhuttaessa piirin maantieteellisestä alueesta. Jokaisen kunnan tulee olla osana sairaanhoitopiirin kuntayhtymää, joka tuottaa erikoissairaanhoitolaissa määritellyjä

erikoissairaanhoidon palveluita kuntiensä asukkaille, jotka ovat tarpeellisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimukseen, hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan ja lääkinnälliseen kuntoutukseen. (Erikoissairaanhoitolaki 3§ & 7§.) Lisäksi sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on tarjottava alueensa terveyskeskuksille erikoissairaanhoidon palveluita, joita ei ole perusteltua tuottaa perusterveydenhuollossa sekä vastattava kunnallisen perusterveydenhuollon eräiden erityisalojen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta (Terveystoimintalaki 33§).

Erityistason sairaanhoitoa varten Suomi on jaettu sairaanhoitopiirien lisäksi myös viiteen erityisvastuualueeseen. Jokaiseen erityisvastuualueeseen kuuluu sairaanhoitopiiri, jossa sijaitsee lääkärikoulutusta antava yliopisto, jonka yliopistollinen sairaala vastaa erityisvastuualueen vaativimman erikoissairaanhoidon tuotannosta. (Erikoissairaanhoitolaki 7§ & 9§.) Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit hankkivat vaativimmat erikoissairaanhoidon palvelut ensisijaisesti oman erityisvastuualueensa yliopistollisesta sairaalasta.

Sairaanhoitopiirien kuntayhtymät vastaavat siitä, että niillä on soveltuvia sairaaloita erikoissairaanhoidon järjestämiseksi. Täten kuntayhtymät myös päättävät sairaaloiden perustamisesta ja lopettamisesta. Laki mahdollistaa myös yhteisten sairaaloiden ja erillisten toimintayksiköiden perustamisen eri sairaanhoitopiirien kesken. (Erikoissairaanhoitolaki 12§ & 13§.)

2.1.2 Erikoissairaanhoidon järjestäminen ja rahoitus Suomessa

Kunnat ovat vastuussa terveydenhuoltopalveluiden järjestämisestä asukkaillaan. Erikoissairaanhoidon osalta tilaaja ja tuottaja ovat erotettu toisistaan. Tilaajana toimii kunta ja tuottajana oletusarvoisesti sairaanhoitopiiri. Tilaaja-tuottaja mallia käsitellään tarkemmin luvussa 2.2. Sairaanhoitopiirin kunnat omistavat sairaanhoitopiirit kuntayhtymien kautta. Erikoissairaanhoidon palvelut järjestetään yleensä siinä sairaanhoitopiirissä, jossa kunta on osallisena, mutta tämä ei ole välttämätöntä. Jos sairaanhoitopiirillä ei ole mahdollista tuottaa palvelua itse, on sen hankittava hoito joltain toiselta palveluntarjoajalta. Kunnilla on oikeus hankkia erikoissairaanhoidon palveluita myös muilta palveluntuottajilta kuin omalta sairaanhoitopiiriltänsä, kuten muilta sairaanhoitopiireiltä ja yksityisiltä toimijoilta. (Aaltonen et al. 2007a.)

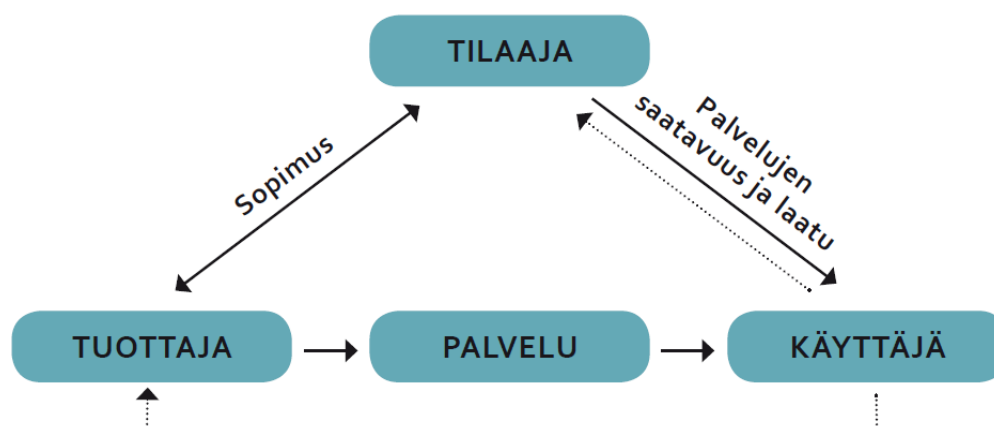
Terveystoimintapalvelut rahoitetaan Suomessa kuudella tavalla: pakollisilla- ja vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla, valtion ja kuntien verotuloilla sekä työnantaja- ja asiakasmaksuilla. Valtion osuus maksuista muodostuu valtion maksaman valtionosuuden perusteella, joka maksetaan kunnille. Kunnat rahoittavat osuutensa terveydenhuoltopalveluista pääasiassa valtionosuuksien ja kunnallisveron turvin.

Erikoissairaanhoidon käyttäjät (kuntalaiset) maksavat palvelujen käytöstä asiakasmaksuja. Erikoissairaanhoidon kulut vuonna 2012 jakautuivat seuraavasti: kunnat 53 prosenttia, valtio 39 prosenttia, kotitaloudet neljä prosenttia ja vakuutusyhtiöt neljä prosenttia. (Seppälä & Pekurinen 2014.)

2.2 Tilaaja-tuottaja-toimintatapa

Suomessa tilaaja-tuottaja-toimintatavan käyttö juontaa juurensa jo 1980-luvulta, mutta sen yleistyminen alkoi ensin suurissa kaupungeissa 1990-luvun lopulla ja levisi pienempiin kaupunkeihin 2000-luvun jälkipuoliskolla (Junnila et al. 2012; 20). Sen taustalla on idea markkinaohjauksen käytöstä julkisten palveluiden järjestämisestä ja sitä voidaan soveltaa laajasti julkisten palveluiden järjestämisessä. Suomessa käyttö levisi aluksi muun muassa joukkoliikenteen ja kuntien teknisen toimen järjestämiseen ja vasta sitten sosiaali- ja terveystalouden palveluihin. Esimerkkiä uudesta palveluiden järjestämistavasta haettiin etenkin Englannista ja Ruotsista, mutta myös muualta maailmalta. (Miettinen et al. 2012; 23.)

Suomessa tilaaja-tuottaja-toimintatavasta puhuttaessa käytetään usein termiä tilaaja-tuottaja-malli, kun viitataan sosiaali- ja terveystalouden ohjauksen ja järjestämisen uudistamiseen. Tutkielmassa käytetään sen sijasta termiä tilaaja-tuottaja-toimintatapa, koska se kuvastaa paremmin termin tarkoittamaa toimintaa. (Keskimäki et al. 2012a; 31.) Toimintatavan käyttö vaihtelee kunnittain ja maakunnittain. Osassa kunnista se ymmärretään sisäisen hallinnon järjestämisperiaatteena ja toisissa kunnissa sillä myös altistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kilpailulle. (Kokko et al. 2009; 83–87.) Tilaaja-tuottaja-toimintatavassa ideana on palvelun tuottajan ja tilaajan erottaminen toisistaan organisatorisesti, jolloin molemmat osapuolet voivat keskittyä omaan erikoisosaamiseensa. Sen uskotaan lisäävän kilpailua tuottajayksiköiden välillä ja luovan kannustimia toiminnan parantamiseen. Lisääntyneen kilpailun ja kannustimien toivotaan parantavan palveluiden laatua ja tuottavuutta sekä joustavoittavan palveluiden tarjontaa. (Keskimäki et al. 2012a, 32.)



Kuvio 1. Tilaaja-tuottaja-toimintatapa. (Junnila & Fredriksson 2012a)

Tilaaja-tuottaja-toimintatavan erikoispiirteenä on se, että palvelun tilaaja ja käyttäjä eivät ole samoja. Tilaaja tekee sopimuksen palveluiden tuottamisesta tuottajan kanssa, mutta palvelun tilaajalla pysyy vastuu palveluiden saatavuudesta ja laadusta palveluiden käyttäjälle. (Junnila & Fredriksson 2012a.) Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa kuviossa yksi tilaajana voi olla kunta, tuottajana sairaanhoitopiiri ja käyttäjänä sairaanhoitopiirin alueen kuntalainen. Kunta sopii palveluiden tuottamisesta sairaanhoitopiirin kanssa ja on lakisääteisessä vastuussa palveluiden saatavuuden ja laadun takaamisesta. Kuntalainen saa palvelun sairaanhoitopiiriltä, mutta palvelun maksajana ja tilaajana toimii kunta.

Tilaaja-tuottaja-toimintatavassa käytetty termi tilaaminen tarkoittaa palveluiden hankintaa. Palveluiden hankinta sosiaali- ja terveyspalveluissa voidaan ymmärtää toimintona, jossa määritetään mitä palveluita halutaan tuotettavan, millä hinnalla ja kuinka paljon niitä tuotetaan sekä asetetaan laatuvaatimukset tuotettaville palveluille (Keskimäki et al. 2012a; 32 [Thomson 2009]). Suomen kontekstissa tilaajana toimii usein kunta, joka on vastuussa sosiaali- ja terveyshuollon palveluiden järjestämisestä asukkaillaan. Tilaajana voi toimia myös esimerkiksi vakuutusyhtiö, valtio tai puolustusvoimat. Tilaajan vastuulla on määritellä palvelemaisensa väestön palvelutarpeet, palveluiden tavoitteiden määrittely, järjestää palvelun tuotantoon tarvittavat resurssit ja hoitaa palvelujen tilaus. Tilaajan tulee lisäksi sovittaa edellä mainitut tehtävät ja niiden tavoitteet olemassa oleviin voimavaroihin. (Keskimäki et al. 2012a; 31–32.) Toisin sanoen tilaajan tehtävänä on tilata asiakaspohjaan nähden riittävä määrä palveluita riittävällä laadulla ja kustannustehokkaasti. Tilaaja-tuottaja-toimintatavassa tuottaja termi viittaa yksinkertaisesti tilattujen palveluiden tuottajaan. Sen vastuulla on toimittaa tilaajalle

sopimuksissa määritellyt palvelut ja tuotteet. Suomessa kunnilla on oikeus tilata palveluita sekä omilta palveluntuottajiltaan että ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Ulkopuolisia palveluntuottajia voivat olla esimerkiksi eri sairaanhoitopiirit ja yksityiset palveluntuottajat. (Junnila & Fredriksson 2012a.)

2.2.1 Tilaajan ja tuottajan asema tilaaja-tuottaja-toimintatavassa

Tilaajan ja tuottajan erottamisella mahdollistetaan kilpailutilanne palveluntuottajien välille sekä luodaan kannustimia tehokkaampaan toimintaan. Kannustimilla ja kilpailutilanteeseen altistamisella uskotaan saavutettavan parantunut tuottavuus ja palveluiden laatu sekä mahdollisuus joustavampaan toimintaan. (Keskimäki et al. 2012a; 32 [LeGrand 2007].) Eriyttämällä tilaaja ja tuottaja toisistaan luodaan tilanne, jossa molemmat osapuolet päättävät asioista, joihin heillä on paras ammattitaito. Tilaaja-osapuoli pystyy paremmin yhdistämään poliittiset tavoitteet ja prioriteetit käytettävissä oleviin resursseihin sekä ottamaan huomioon paremmin loppukäyttäjän tarpeet palvelutuotannossa. Tuottaja-osapuoli voi sen sijaan keskittyä ydintoimintaansa eli tilattujen palveluiden tuottamiseen mahdollisimman tehokkaasti ja laadukkaasti. Malli mahdollistaa kannustimien käytön, joka rohkaisee palveluntuottajia suoriutumaan paremmin ja kustannustehokkaammin. (Keskimäki et al. 2012a; 32–33.) Tilaaja-tuottaja-toimintatapa voidaan rinnastaa ajatukseen, että yrityksen tulisi keskittyä ainoastaan ydinliiketoimintaansa ja ulkoistaa muut toiminnot. Tilaaja-osapuoli voi keskittyä hankkimaan tarvittavat palvelut mahdollisimman halvalla ja laadukkaasti. Vastaavasti tuottaja-osapuolen vastuulle jää ainoastaan palveluiden tuottaminen, joka lisää sen joustavuutta ja valinnanvapautta palveluiden tuottamistavoissa. Molemmat osapuolet erikoistuvat siihen, jonka parhaiten osaavat. Mallin ongelmaksi voi muodostua tuottajalle syntyvä kannustin karsia kustannuksia ja sitä kautta mahdollisesti heikentää hoidon laatua. Tuottajaosapuoli tekee käytännön päätökset siitä mitä hoitoa tarjotaan ja kenelle, joka voi muodostua ongelmalliseksi, jos tuottajalle on esimerkiksi asetettu ankarat kustannussäästö- ja/tai tuottotavoitteet.

Käytännön toteutus markkinoiden järjestämisestä eli siitä, miten kilpailu vaihtoehtoisten palveluntuottajien välillä mahdollistetaan, vaihtelee maittain. Keskimäki et al. (2012a; 33–34) jakavat markkinatyypit näennäis- ja puolittaismarkkinoihin. Näennäismarkkinoilla julkinen tilaaja ja tuottaja erotetaan toisistaan vain hallinnollisesti eli kilpailevia toimijoita ei ole. Kunnan tapauksessa tämä tarkoittaa sitä, että tilaus- ja tuotantotoiminta on erotettu toisistaan eri yksiköihin hallinnollisesti. Tämä mahdollistaa erilaisten vertailujen, kuten hintavertailun, tekemisen julkisen palveluntuottajan ja yksityisten toimijoiden kesken. Vertailulla voidaan perustella muutostarvetta tuottajalle.

Puolittaismarkkinoilla on näennäismarkkinoiden tavoin yksi tilaaja, mutta siitä poiketen useampi palveluiden tuottaja. Kun palveluiden tuottajina saavat toimia ainoastaan julkiset palveluntuottajat, on kyse sisäisistä markkinoista. Ulkoisiksi markkinoiksi kutsutaan tilannetta, jossa palveluita voi tuottaa julkisten toimijoiden lisäksi myös yksityiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat.

Puolittaismarkkinat muuttuvat säännellyiksi markkinoiksi esimerkiksi silloin, kun käytössä ovat palvelusetelit. Palvelusetelit (kts. Luku 2.4.2) antavat mahdollisuuden palvelun käyttäjälle hankkia itse tarvitsemansa palvelut. (Keskimäki et al. 2012a; 33–34.)

2.2.2 Kokemuksia tilaaja-tuottaja-toimintatavasta

Tilaaja-tuottaja-toimintatavan käyttö vaihtelee maittain merkittävästi eikä ole olemassa yhtä oikeaa toteuttamistapaa. Parhaaseen toimintatapaan vaikuttaa muun muassa poliittinen ympäristö ja toimintaympäristöön sekä palvelujärjestelmään kytkeytyvät institutionaaliset tekijät. Hyvät vertailukohteet Suomen ja ulkomaiden välille tulevat Ruotsista, Englannista ja Uudesta-Seelannista. Ne aloittivat tilaaja-tuottaja-toimintatavan hyödyntämisen 1990-luvun alussa. Maiden sosiaali- ja terveydenhuollon ratkaisut poikkeavat suomalaisista, mutta yhdistävänä tekijänä on laaja julkinen sektori tuotannossa ja verojen rooli rahoituksessa. (Keskimäki et al. 2012b; 56, 70.)

Englanti on toiminut edelläkävijänä tilaaja-tuottaja-toimintatavan käyttöönotossa ja muun muassa Ruotsi ja Uusi-Seelanti ovat ottaneet esimerkkiä toimintatavan käyttöönotosta Englannista. Siellä tilaaja-tuottaja-tapa otettiin käyttöön 1990-luvun alussa ja se on ollut käytössä terveydenhuollon järjestämisessä siitä lähtien keskeytyksettä. Toimintatavassa oli käytössä sisäisten markkinoiden malli eli tilaajaorganisaatiot tilaavat palvelunsa julkisilta palveluntuottajilta. (Keskimäki et al. 2012b; 59, 70.) Vuosien myötä tilaaja-tuottaja-toimintatapaa on kehitetty kilpailutuskeskeisestä yhteistyötä painottavaan ja asiakaslähtöisempään sekä yksityisten palveluntuottajien pääsyä tuottajiksi on helpotettu (Boyle 2011; 346–348, 357). Yksityisen sektorin tuottamien palveluiden määrä on jäänyt rajalliseksi ja esimerkiksi elektiivisistä palveluista vuonna 2007 vain kaksi prosenttia tuotettiin yksityisen palveluntuottajien toimesta. Alhaisen osuuden on arveltu johtuvan kilpailua rajoittavista tekijöistä, jotka estävät yksityisiä palveluntuottajia pääsemästä mukaan säädeltyyn julkisen terveydenhuollon järjestelmään. Uudistusten, kuten tuottajapoolin monipuolistamisen ja yksityisten palveluntuottajien toimintamahdollisuuksien parantamisen myötä terveydenhuollossa on havaittu muun muassa hoitojonojen lyhentymistä ja laadun paranemista, joskaan tutkimustulokset eivät ole

yksiselitteisiä siitä, johtuvatko parannukset tehdyistä uudistuksista vai muun muassa terveydenhuollon rahoituksen paranemisesta ja muutetuista hoitojonokäytännöistä. (Mays & Dixon 2011.)

Uudessa-Seelannissa tilaajan ja tuottajan erottaminen aloitettiin 1990-luvun alussa ja uudistus toteutettiin vuonna 1993. Uudistus jäi kuitenkin lyhytikäiseksi. Tilaaja-tuottaja-toimintatapa lisäsi ymmärrystä sekä tilaaja- että tuottajapuolella siitä mitä palveluita tulisi tuottaa, kuinka paljon ja mitkä ovat palvelutuotannon kustannukset. Lisäksi kilpailun tuoma pelko sopimusten menettämisestä sai palveluntuottajat panostamaan laadun parantamiseen. Negatiiviset vaikutukset kuitenkin ylittivät positiiviset vaikutukset. Tilaaja- ja tuottajapuoli kärsi informaation asymmetriasta, joka vaikutti etenkin tilaajaosapuoleen. Tuottajien palveluiden laaduista ja kustannuksista ei ollut saatavilla riittävästi vertailukelpoista tietoa ja sopimusten transaktiokustannukset nousivat korkeiksi. Paikallinen kilpailulainsäädäntö ja sopimusoikeus omalta osaltaan vaikeuttivat hankintaa, koska ne estivät kehittyneemmät hankinnan muodot (kts. Luku 2.4.1), jossa pyritään kumppanuuteen tilaajan ja tuottajan välillä. Tilaaja-tuottaja-toimintatavan hyödyntäminen jäi lyhytaikaiseksi ja se päättyi vuonna 2000. (Ham 2008.) Nykytilanteessa toimintatavan käytöstä on käytännössä luovuttu ja maassa pyritään korostamaan asiakkaan valinnanvapautta ja yhteistyötä valtakunnallisen tilaajaorganisaation ja palveluntuottajien välillä. (Keskimäki et al. 2012b; 65–67, 71.)

Ruotsissa terveydenhuollon markkinalähtöinen uudistus alkoi vuonna 1992 porvaripuolueiden noustua hallitukseen. Silloin säädettiin laki, joka mahdollisti sisäisen markkinan – mallin mukaisen tilaaja-tuottaja-toimintatavan käytön maakunnissa. Maakunnan tilaaja-yksikkö pystyi tilaamaan palveluita kaikilta alueellansa olevilta sairaaloilta. Samaan aikaan säädettiin laki hoitotakuusta, joka lisäsi palveluiden ostoja yksityisiltä palveluntuottajilta. (Glenngård et al. 2005; 27, 50–51, 99–100; Whitehead et al. 1997.) Toimintatavan käyttöönotto ajoittui samaan aikaan Ruotsia kurittaneen laman kanssa. Aikanaan tilaaja-tuottaja-toimintatavan käyttöönoton vaikutusta terveydenhuollon kustannusten kasvun hidastamiseksi ei pystytty todentamaan, ja vastaavasti hoitotakuulaki nosti terveydenhuollon kustannuksia. Viimeisen niitin tilaaja-tuottaja-toimintatapaan perustuva järjestelmä sai, kun sosialidemokraatit nousivat hallitukseen ja peruivat edellisen hallituksen lakiuudistukset yksityistämisiä koskevien mielipide-erojen takia. (Whitehead et al. 1997.) Todellisuudessa tilaaja-tuottaja-toimintatapa ja uusi hoitojen korvaustapamalli olivat tehokkaampia kuin aikaisemmin käytetty hoidon järjestämistapa ja mahdollistivat 10 prosentin säästön terveydenhuollon kustannuksissa (Gerdtham et al. 1999). Tilaaja-tuottajatoimintatapa kokeilu jäi lyhytaikaiseksi mutta, sillä oli suuri vaikutus Ruotsin

terveydenhuoltoon. Osassa maakunnissa ostot, etenkin perusterveydenhuollossa, yksityisiltä palveluntuottajilta nousivat pysyvästi. Tilaaja-tuottaja-toimintatavan käytöstä siirryttiin valinnanvapautta korostavaan malliin kuten Uudessa-Seelannissakin. (Keskimäki 2012b; 68–69.)

Edelliset esimerkit poikkeavat Suomen tilanteesta etenkin palveluiden kilpailutuksen suhteen ja tilaajayksikköjen koossa. Esimerkkimaissa on käytössä laajalti sisäiset markkinat, joihin ei sovelleta kilpailulainsäädäntöä. Sama koskee Suomea sairaanhoitopiirien sopimusohjauksen suhteen. Toisaalta Suomessa kilpailulainsäädäntöä sovelletaan laajemmin yksityisten sosiaali- ja terveyspalveluiden hankinnassa. Toinen suuri ero esimerkkimaiden ja Suomen välillä on tilaajayksikköjen koko. Suomessa tilaajayksikkönä toimii kunta ja muissa maissa esimerkiksi maakuntahallinto tai aluehallinto. Niiden tilaajayksikön koko kunnan tilaajayksikköön verrattuna voi olla monikymmenkertainen. (Keskimäki et al. 2012b; 72.) Lainsäädäntö on avainasemassa tilaaja-tuottaja-toimintatavan kannalta ja puutteellinen lainsäädäntö, etenkin hankintalain osalta, saattaa osaltaan selittää toimintatavan epäonnistumista Uudessa-Seelannissa. Suomessa lainsäädäntöä on uusittu viime vuosina tukemaan tilaaja-tuottaja-toimintatavan käyttöä. Suomen kannalta ongelmallisia ovat pienet tilaajayksiköt, joilta usein puuttuu tarvittava ammattitaito hankinnan onnistumiseen toteuttamiseen. Hankinnan ja lainsäädännön vaikutuksista hankinnan onnistumiseen käydään luvussa 2.4.1. Yhteenvetona eri maiden kokemuksista tilaaja-tuottaja-toimintavasta voidaan todeta, että toimintatavan onnistunut hyödyntäminen vaatii jatkuvaa kehittämistä ja kehityksessä tulee huomioida maakohtaiset olosuhteet, kuten poliittinen ympäristö sekä lainsäädännölliset tekijät.

2.3 Palvelujen ulkoistaminen ja ostopalvelut

Terminologia kunnan ulkopuolelta ostetuissa palveluissa vaihtelee ja arkikäytössä eri termit menevät usein sekaisin. Junnila & Fredriksson (2012b) määrittelee ostopalvelut palveluiksi, joita kunta ostaa kunnan ulkopuoliselta taholta. Ulkopuolinen taho voi olla yksityinen yritys, kuntayhtymä (sairaanhoitopiiri), kolmannen sektorin tuottaja tai valtio. Ostopalvelussa voi olla kyse sekä välituotteesta (esimerkiksi siivouspalvelut) että lopputuotteesta (esimerkiksi lasten päivähoido). Ulkoistaminen sen sijaan tarkoittaa laajempaa prosessia, jossa kunta siirtää sopimuksella lakisääteisiä velvoitteitaan, joita se on itse tuottanut aikaisemmin, ulkopuolisen toimijan tuotettavaksi. Tuotantovastuun siirtäminen voi koskea palvelutuotantoa osittain tai kokonaan. Tuotantovastuun siirtäminen ei kuitenkaan poista kunnalta sen lakisääteistä palveluiden järjestämisvastuuta, viranomaisvastuuta eikä sen valvontavelvollisuutta. Yksityistäminen poikkeaa palveluiden

ulkoistamisesta vastuiden siirtymisen osalta. Kunta ei voi yksityistää lakisääteisiä palveluitaan, koska yksityistettäessä myös vastuut, kuten tuotannon järjestämisvastuu ja rahoitusvastuu, siirtyvät palveluntuottajalle. Kunta voi yksityistää ainoastaan vapaaehtoisesti tuottamiaan palveluita. (Junnila & Fredriksson 2012b.)

Palvelujen ulkoistaminen ja ostopalveluiden käyttö liittyvät kiinteästi aiemmin esiteltyyn tilaaja-tuottaja malliin. Ulkoistamisella ja ostopalveluilla pyritään lisäämään palveluiden saatavuutta, laatua ja kustannustehokkuutta. Sosiaali- ja terveyspalveluiden ulkoistaminen omaa erityispiirteitä, jotka tekevät siitä haasteellisempaa. Palveluiden tilaaja ja käyttäjä ovat eri henkilöitä, ja palveluiden tuottamiseen liittyy usein viranomaisvastuita, joita ei voi ulkoistaa. Lisäksi onnistuneen ulkoistuksen edellytys on riittävä palveluiden tuotteistus. Tuotteistuksen avulla voidaan varmistaa, että tuottaja pysyy sopimuksessa ja tilaaja voi varmistaa, että palvelujen käyttäjälle on tarjolla sovitut palvelut sovitun laatuina. (Junnila & Fredriksson 2012b.)

2.3.1 Syyt palveluiden ulkoistamiseen

Ostopalveluiden käyttöä ja ulkoistamisia perustellaan usein kustannussäästöillä ja palveluiden saatavuuden takaamisella. Muita perusteluita ovat muun muassa elinkeinopoliittiset tavoitteet, tarjottavien palvelujen turvaaminen, monituottajuus sekä palvelutuotantotapojen uusiutuminen. Ulkoistuspäätökset ovat kauaskantoisia ja niitä ei tule tehdä kevein perustein. Huolellinen selvitys tarvittavista palveluista, riittävästä tuotteistuksesta ja vähintään kymmenen vuoden päähän ulottuva selvitys ulkoistamisen vaikutuksista kustannuksiin, palveluntarjontaan ja kunnan kykyyn selviytyä lakisääteisistä velvollisuuksistaan on tarpeellinen. (Fredriksson et al. 2012; 95; Junnila & Fredriksson 2012b.)

Kustannussäästöt

Kustannussäästöjä haetaan kilpailullisten markkinoiden hyödyntämisellä ja oman toiminnan kustannustehokkuuden parantamisella. Palveluiden tuotteistaminen mahdollistaa tuotettavien palveluiden vertaamisen kilpailevien tuottajien hintoihin, tuo läpinäkyvyyttä kuntien sekä sairaanhoitopiirien oman palvelutuotannon kustannusrakenteeseen ja täten paljastaa tehostamisen kohteita. (Fredriksson et al. 2012; 96.)

Palveluiden ulkoistamisella saatavat kustannushyödyt uskotaan saavutettavan kilpailullisten markkinoiden avulla, joka edellyttää toimivia palvelumarkkinoita eli useita palveluntarjoajia.

Palvelumarkkinoiden tehokkuus vaihtelee merkittävästi alueittain. Tehokkaimmin palvelumarkkinoiden voidaan sanota toimivan pääkaupunkiseudulla, jossa tilaajia ja yksityisiä palvelun tarjoajia on paljon. Harvasti asutuilla alueilla toimivat palvelumarkkinat ovat epärealistinen oletus palveluntuottajien vähäisyydestä johtuen. Ulkoistukset tehottomilla palvelumarkkinoilla voivat johtaa ojasta allikkoon eli tilanteeseen, jossa kunta ostaa ulkoistamansa yhdeltä palveluntuottajalta, joka on kuntaan nähden monopoliasemassa. Tuottajamonopolin syntyminen voi johtaa kohonneisiin kustannuksiin johtuen palveluntuottajan mahdollisuudesta monopolivoittoon. (Junnila et al. 2012; 164–165.) Esimerkiksi Pohjois-Savon sosiaali- ja terveystalouden ulkoistuksissa on päädytty tilanteisiin, jossa tuottajapuoli on pystynyt määrittämään hinnan kilpailun puutteesta johtuen (Paronen 2015).

Kilpailutuksilla saavutettavista kustannussäästöistä terveydenhuollon alalla on niukasti tutkittua tietoa, ja niiden tulokset ovat moniselitteisiä. Terveydenhuollon palveluiden kilpailutus ei ole oikotie onneen, joka johtaa automaattisesti alhaisempiin kustannuksiin. Ulkopuolisten tuottajien käyttö aiheuttaa transaktiokustannuksia, kuten kilpailutukseen ja sopimuksen tekoon liittyviä kustannuksia, jotka heikentävät kilpailutuksella saatavia hyötyjä. (Junnila & Fredriksson 2012b). Kuntien tarjouspyynnöt palveluiden ulkoistuksista ovat usein niin yksityiskohtaisia, että kilpailulainsäädännön nojalla kunta joutuu valitsemaan halvimman tarjouksen. Pelkän hinnan perusteella tehdyt valinnat voivat johtaa epäedullisiin tilanteisiin, jossa alhaisempi hinta pakottaa vaihtamaan palveluntuottajaa, mutta tosiasialliset kustannukset nousevat vanhaa sopimusta korkeammiksi transaktio- ja kilpailutuskustannusten takia. Lisäksi hinnan perusteella palveluntuottajan valinta voi aiheuttaa toiminnan hajautumista, joka heikentää asiakkaan palveluketjun toimintaa ja eriarvoistaa ihmisiä vaihtelevan terveydenhuollon tason vuoksi. (Fredriksson et al. 2012; 97.)

Palvelujen turvaaminen

Kuntien kohtaamat haasteet lakisääteisten palveluvelvoitteidensa täyttämisen yhteydessä ovat yleinen syy palveluiden ulkoistuksiin ja ostopalveluiden käyttöön. Keskeisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat palvelujen ostoihin ja ulkoistuksiin ovat ikäjakauman epäsuotuisa kehityksestä johtuva palveluiden tarve, kustannusten nousu palveluntarjoajien lisääntyessä ja henkilöstön saatavuus. (Fredriksson et al. 2012; 95–96.) Etenkin lääkäreiden saatavuudessa tietyillä alueilla on ollut ongelmia, joka on ollut perussyynä ostopalveluiden, kuten vuokralääkäreiden, käyttöön. Palvelujen ostot ja ulkoistamiset ovat edenneet ajan myötä tätä pidemmälle: kokonaisten terveysasemien ja sairaaloiden ulkoistamiseen. Ulkoistamiset eivät rajoitu ainoastaan perusterveydenhuollon yksiköihin, vaan myös esimerkiksi erikoissairaanhoidon

palveluiden kuntoutusyksikköön Kiljavalla ja Jokilaakson sairaalaan Jämsässä. (Lith 2009; 74–75.)

Palvelutuotannon ulkoistamiset voivat johtaa kunnan kannalta epäsuotuisaan tilanteeseen rekrytointiongelmien vuoksi. Ulkoistamisen myötä työvoiman saatavuus voi vaikeutua entisestään ja työvoiman hinta nousta (Junnila et al. 2012; 164.)

Elinkeinopoliittiset syyt

Elinkeinopoliittiset syyt vaikuttavat kuntien ulkoistuspäätöksiin; kunnat punnitsevat ulkoistusten vaikutuksia kunnan omaan verokertymään ja kuntalaisten työllisyyteen. Kuntien intresseissä on ulkoistaa palvelut paikallisille toimijoille, koska näin palvelut pysyvät lähellä kuntalaisia ja se saattaa olla kunnan oman talouden kannalta paras vaihtoehto. Lisääntynyt yritystoiminta kunnan alueella saattaa lisätä myös muuta yritystoimintaa kunnan alueella ja täten vahvistaa paikallisten ulkoistusten positiivista vaikutusta kunnan taloudelliseen tilanteeseen. Kunnan elinkeinopoliittiset tavoitteet voivat olla myös ristiriidassa sosiaali- ja terveystoimen tavoitteiden kanssa. Sosiaali- ja terveystoimen johdon tulee kuitenkin asettaa sosiaali- ja terveystoimen palvelut etusijalle. (Aaltonen et al. 2007a; 31; Fredriksson et al. 2012; 98–99.) Kunnan mahdollisuudet ohjailla palveluiden ulkoistamista elinkeinopoliittisista syistä ovat kuitenkin rajalliset, koska hankintalaki kieltää oman kunnan tuottajien suosimisen syrjimättömyysperiaatteen takia. Pääsääntöisesti hankintalakia sovelletaan sosiaali- ja terveystoimessa ulkoistuksiin, joiden kokonaisarvot ylittävät 100 000 euroa. Hankintamenettelyn ja kilpailumenettelyn valinta ja eteneminen ovat tilaajan hankintayksikön omassa päätäntävällässä. (Kuntaliitto 2007; Laki julkisista hankinnoista 30.3.2007/348 15§.) Hankintamenettelyn vapaavalintaisuus antaa tilaajalle mahdollisuuden esimerkiksi mitoittaa hankinnat paikallisten yritysten kokoluokkaan soveltuviksi (Fredriksson et al. 2012; 99).

Palvelujen tuotantotapojen uudistaminen

Palveluiden ulkoistamisella ja ostopalveluiden käytöllä pyritään laajentamaan tuottajapoolia ja tätä kautta monipuolistamaan tapoja tuottaa terveydenhoidon palveluita sekä varmistamaan palveluiden saatavuus asiakkaille. Ulkoistuksien toivotaan lisäävän myös julkisten toimijoiden tuottavuutta sekä tehokkuutta yhteistyötä ja innovaatioita tukevien toimintatapojen kautta. (Fredriksson et al. 2012; 99.) Ulkoistamisen julkisia toimijoita tehostava vaikutus perustuu vertailutiedon saantiin yksityisiltä tuottajilta ja sitä kautta tehtävään vertailuanalyysiin sekä yhteistyön kautta esille tulevien tehokkaampien toimintamallien käyttöönottoon.

Terveyspalveluiden kilpailuttamisen uhka itsessään vaikuttaa jo tehostavasti julkisen sektorin toimijoihin muun muassa lisääntyneellä kustannustietoisuudella ja tavoitetietoisuudella (Kuosmanen et al. 2004). Tehokkuuden parantamisen kannalta ei ole merkittävää onko palveluntuottaja yksityinen vai julkinen. Tehokkuuden lisäämisen kannalta oleellista on jo olemassa oleva kilpailu tai kilpailulle altistumisen uhka. Samasta syystä myös monopoliasemassa olevat julkiset terveydenhuollon palveluntuottajat voivat olla tehokkaita sekä kykeneviä parantamaan tehokkuuttaan, jos ne kohtaavat kilpailua tai sen uhkaa. (Almqvist 1999).

Julkisten terveydenhuollon toimijoiden oman toiminnan tehostaminen perustuu olettamukseen yksityisten toimijoiden dynaamisemmasta kehitystyöstä. Väitettä tukee Tampereella tehty vertailu yksityisen ja julkisen terveysaseman välillä, jonka mukaan yksityinen terveysasema kehittää toimintojaan aktiivisemmin. (Fredriksson et al. 2012; 102.) Toisaalta ei ole itsestään selvää johtuuko tutkimustulos yksityisen toimijan tehokkuudesta vai julkisen toimijan tehottomuudesta. Heikkilä et al. (2009; 42) raportissaan arvioi, että yksityisen toimijan korkeampi kehittämisaktiivisuus johtuu sekä suoriutumispaineesta, tarpeesta todistaa olevansa yhteistyönarvoinen kumppani kunnalle myös jatkossa ja kyvystä nopeaan päätöksentekoon uudistuksissa, jonka mahdollistaa vastaavan lääkärin päättävältä kehittämissäpäätöksissä. Julkisella toimijalla kehittämisaktiivisuutta puolestaan laski ja vaikeutti monimutkainen päätöksentekorakenne, jossa päätösvalta ei ole työntekijöillä itsellään vaan ylemmillä tasoilla kunnan organisaatiossa.

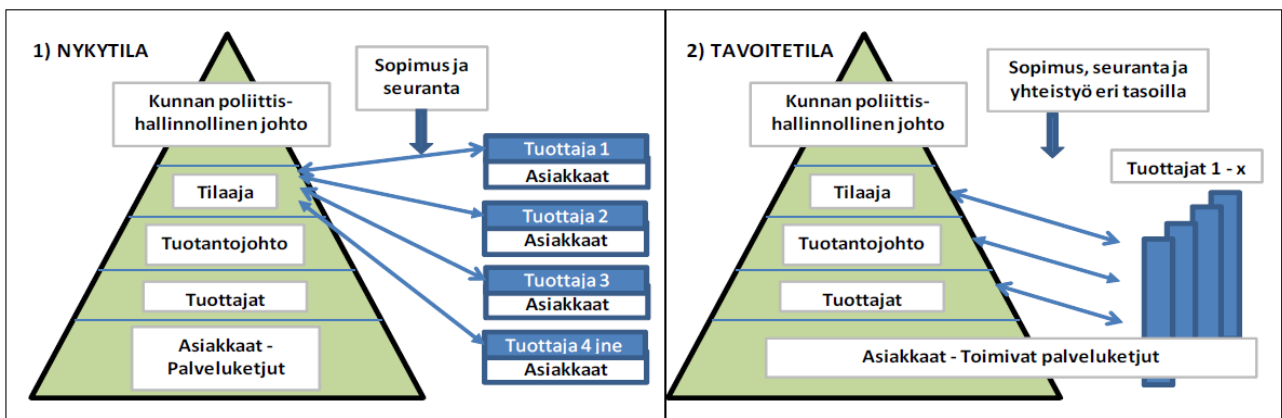
Vertailuanalyysin teko julkisen ja yksityisen palveluntuottajan välillä auttaa paljastamaan mahdollisia tehottomuuden lähteitä. Vertailuanalyysin edellytyksenä on riittävä tuotteistus, joka mahdollistaa kustannusvertailun eri toimenpiteiden välillä ja kertoo mistä ne syntyvät. Ulkoistuksen myötä opittujen toimintatapojen siirtyminen julkiselle palveluntuottajalle edellyttää kehittyntä tuotteistusta ja syvempää yhteistyötä tilaajan ja tuottajan välillä. Uusien toimintatapojen siirtyminen yksityisiltä palveluntuottajilta julkisille palveluntuottajille on haasteellista sekä kilpailutuspakon että yksityisen tuottajan mahdollisesta haluttomuudesta tehostaa julkisen palveluntuottajan toimintaa, koska silloin se saattaa luopua omasta kilpailuedustaan. (Fredriksson et al. 2012; 102–103.)

Toimiva monituottajuus

Toimivan monituottajuuden tavoitteena on palvelukokonaisuus, jonka muodostavat niin kunnan sisäiset palvelutuotantoyksiköt kuin ulkoisetkin. Kyse ei ole perinteisessä mielessä ymmärretystä palveluiden ulkoistamisesta, vaan pidemmälle viedystä yhteistyöstä, jonka tavoitteena on hyödyttää molempia

osapuolia. (Fredriksson et al. 2012; 105.) Monituottajuuden pisimmälle viety muoto on kumppanuus yksityisen ja julkisen toimijan välillä. Kumppanuudella viitataan englanninkieliseen termiin: ”Public-Private Partnership”. Kumppanuus tarkoittaa yhteistyötä yksityisen ja julkisen toimijan välillä, jossa kehitetään yhteistä tuotetta ja/tai palvelua, jonka riskit, kustannukset ja hyödyt jaetaan. Osapuolet kokevat saavansa kumppanuudesta synergiaetuja, jotka ylittävät siitä aiheutuvat kustannukset. (Klijn & Teisman 2003.)

Kunnan hankintayksikkö vastaa ulkoistettujen palveluiden ja ostopalveluiden kilpailuttamisesta, sopimusten tekemisestä ja seurannasta. Nykytilassa (Kuvio 2) kunnan hankintayksikkö vastaa usein yksinään kaikkiin ulkoistuksiin liittyvistä toimenpiteistä, ja yhteistyö kunnan omien tuottajien ja yksityisten palveluntuottajien kanssa on vähäistä. Syyksi on esitetty muun muassa ajan ja resurssien puutetta. Tilanne on ongelmallinen, koska toimivan monituottajuuden perusedellytyksenä on yhteistyö julkisen tuottajan ja yksityisen tuottajan välillä. Yksityiset palveluntuottajat ovat peräänkuuluttaneet tarvetta yhteistyön lisäämisestä julkisen osapuolen kanssa, koska kokevat yhteistyön määrän usein riittämättömäksi.



Kuvio 2. Julkisen ja ulkoisen tuottajan yhteistyön nyky- ja tavoitetilä. (Fredriksson et al. 2012, 106)

Tavoitetilään (Kuvio 2) pääseminen edellyttää julkisilta toimijoilta johtamistavan muutosta, syvällisemmän yhteistyön mahdollistavia sopimuksia sekä arkipäiväistä yhteistyötä ja informaation vaihtoa tilaajan, julkisten tuottajien ja yksityisten tuottajien välillä.

Perinteisesti terveydenhuoltoa on kunnissa johdettu hierarkkisesti ylhäältä alas, joka vaikeuttaa yhteistyön syntymistä eri tuottajien välillä eikä se huomioi eri tuottajien erilaisia toimintakulttuureita ja niiden edellyttämiä johtamistapoja. Monituottajamalliin pyrittäessä palveluntuottajien määrä usein

kasvaa ja yhteistyö niiden välillä on kriittistä onnistuneen lopputuloksen kannalta. Toimivan yhteistyön edellytyksenä ovat säännöllinen kanssakäyminen julkisten toimijoiden ja yksityisten tuottajien organisaatioiden eri tasoilla eikä ainoastaan tilaajayksikön ja tuottajan välillä. Uudet toimintatavat vaativat myös uudenlaista johtamista. Johtamisotteessa pitää huomioida sekä vertikaalisen että horisontaalisen tason johtaminen. (Fredriksson et al. 2012; 105–106.)

Ulkoistussopimuksia laadittaessa tärkeimmäksi kriteeriksi nousee usein hinta, joka voi olla ongelmallista yhteistyön kannalta. Liian korkeat kustannuspaineet voivat vaikuttaa negatiivisesti palveluiden kehitystoimintaan ja täten heikentää monituottajamallin ja tuottajien välisen yhteistyön mahdollistamia etuja. Etenkin pienet toimijat saattavat olla puun ja kuoren välissä, jos kunta on heidän ainoa asiakkaansa ja yksityisten toimijoiden huomio kiinnittyy sopimuksen uusimiseen eikä palveluiden kehittämiseen. Ulkoistamissopimusten pitää olla riittävän pitkiä, jotta se mahdollistaa toiminnan kehittämisen ja vakiinnuttamisen. Liian väljät sopimusehdot tuotannon määrästä ovat myös epäsuosiollisia tuottajille lisääntyneen epävarmuuden vuoksi. Fredriksson et al. (2012; 106) tekemän tuottajakyselyn vastaajat toivoivat viiden vuoden mittaisia sopimuksia kahden vuoden lisäaikaoptiolla. Samassa tutkimuksessa nousi esille kunnan ja yksityisten palveluntuottajien käsite-erot yhteistyön määrästä ja laadusta. Kuntien edustajat kokivat yhteistyön selkeästi yksityisiä tuottajia hedelmällisemmäksi. Yksityiset palveluntuottajat kokivat, että kunnat eivät ota heitä mukaan omaan kehitystoimintaansa ja tiedonkulku sekä keskusteluyhteys tuottajien välillä olivat usein puutteellisia. Sopimusneuvotteluihin tulee ottaa kunnan omat tuottajat mukaan eikä käydä neuvotteluja ainoastaan kunnan tilaajayksikön ja yksityisen palveluntuottajan välillä. Kun molemmat tuottajaosapuolet ovat neuvotteluissa mukana, voidaan sopimuksissa sopia paremmin sopimuskaudella tapahtuvasta yhteistyöstä, kehitystoiminnasta ja palveluprosessien seurannasta. (Fredriksson et al. 2012; 106-109; Junnila & Fredriksson 2012b.)

2.4 Kilpailutus ja palvelusetelit

Tässä luvussa käydään läpi kaksi vaihtoehtoista tapaa, jolla sairaanhoidon palveluita voidaan ulkoistaa. Molemmilla tavoilla on omat erikoispiirteensä, jotka tulee huomioida tapaa valitessa. Ensin käydään läpi hankintalaki ja sen mahdollistamat hankintamenettelyt. Lisäksi käydään läpi hankinnan onnistumisen kannalta tärkeitä asioita ja mitä mahdollisia negatiivisia vaikutuksia ulkoistamisella voi olla. Palveluiden hankinnan jälkeen käydään läpi palveluseteleihin liittyvää lainsäädäntöä, soveltamisalaa sekä niiden positiivisia ja negatiivisia puolia.

2.4.1 Hankintalaki ja sen mahdollistamat hankintamenettelyt

Suomessa valtion, kuntien sekä muiden hankintayksiköiden hankintaa säätelee hankintalaki, joka määrittää kuinka hankinnat ovat kilpailutettava. Lain pyrkimyksenä on edistää laadukkaiden hankintojen tekemistä sekä tehostaa julkisten varojen käyttöä. Lailla pyritään turvaamaan tasapuolinen kilpailutilanne niin yksityisille, julkisille kuin kolmannen sektorinkin toimijoille. Laki koskee valtaosaa julkisista hankinnoista lukuun ottamatta pykälissä 7§ ja 8§ mainittuja poikkeuksia. Terveystieteiden kannalta merkittävät poikkeukset ovat ne, että hankintalakia ei sovelleta kiinteän omaisuuden hankintaan eikä yhteisrahoitukselliseen tutkimustyöhön. Sosiaali- ja terveystieteiden kilpailutus poikkeaa muista hankinnoista korkeammalla kilpailutuksen kynnysarvolla. Kaikki yli 100 000 euron hankinnat tulee kilpailuttaa eikä tämän summan alittavia hankintoja ei ole pakollista kilpailuttaa. Kuitenkin myös kynnysarvon alittavat hankinnat voidaan kilpailuttaa. (Laki julkisista hankinnoista 30.3.2007/348 1§, 7§, 8§ & 15§.) Sosiaali- ja terveystieteiden hankinnat ovat hankintalain B-liitteen mukaisia ns. toissijaisia palveluhankintoja. EU:n uusi direktiivi julkisista hankinnoista (2014/23-25/EU) annettiin 26.2.2014. Suomessa noudatetaan parhaillaan siirtymävaihetta, jonka aikana sovelletaan sekä Suomessa voimassaolevaa hankintalakia että osin uusia EU:n hankintadirektiivejä. Vaikutus sosiaali- ja terveystieteiden osalta kohdistuu pääosin 750 000 euron kynnysarvon ylittäviin hankintoihin, jotka ilmoitetaan uudella EU-hankintailmoituslomakkeella. (Huikko 2016; Torkkel 2016.)

Hankintalaki mahdollistaa laajan toimintavapauden julkisten hankintayksiköiden hankinnoissa. Hankintayksikkö määrittelee mitä hankitaan ja millä ehdoilla. Hankintalaki sen sijaan säätelee hankintaprosessia ja menettelytapoja siinä. Hankintalaki ei koske hankinnan muita vaiheita eli hankinnan valmistelua ja hankintasopimuskautta. Vastoin yleistä mielikuvaa hankintalaki antaa laajan toimintavapauden hankintayksikölle eikä täten ole syypää epäonnistuneisiin hankintoihin. Hankintalaki mahdollistaa tilaajayksikölle valinnan päättää käytettävän valintamenettelyn, hankinnan kohteen määrittelyn ja sen minimilaatuvuudet, sopimuskauden pituuden, valinta- ja vertailuperusteet sekä muita sopimusmääräyksiä, jotka eivät syrji tiettyjä hakijoita. Hankintalain mahdollistama valinnanvapaus heijastuu merkittävänä työmääränä ja vaativana tehtävänä hankintayksikölle, ja hankintalakia saatetaan käyttää syntipukkina suuren työmäärän ja tilaamisen vaativuuden aiheuttamalle turhautumiselle. (Aho 2012; 120–121, 124.)

Hankintamenettelyt

Hankintalaki mahdollistaa viiden eri hankintamenettelyn käytön: avoimen menettelyn hankinnat, suorahankinnat, neuvottelumenettelyn ja kilpailullisen neuvottelumenettelyn sekä rajoitetun menettelyn. Avointa ja rajoitettua menettelyä voidaan soveltaa kaikkiin hankintoihin; muiden menetelmien käytössä on rajoitteita. Avoin menettely tarkoittaa hankintamenettelyä, jossa kaikki halukkaat voivat tehdä tarjouksen palvelun/tuotteen tuottamisesta. Rajoitetussa menettelyssä hankintayksikkö julkaisee julkisen hankintailmoituksen hankinnasta, johon kaikki voivat pyytää osallistua, mutta hankintayksikkö päättää ketkä voivat lopulta tehdä tarjouksen palvelun/tuotteen tuottamisesta. Neuvottelumenettely tarkoittaa hankintaa, jossa hankintayksikkö julkaisee hankintailmoituksen, ja johon kaikilla on mahdollista pyytää osallistua. Hankinnan toteutuksesta ja ehdoista neuvotellaan valittujen toimijoiden kanssa. (Laki julkisista hankinnoista 30.3.2007/348 5§.) Kilpailullinen neuvottelumenettely eroaa edellisestä siinä, että neuvottelut mahdollisten tuottajien kanssa ovat syväluotaavampia ja se mahdollistaa tuottajien ottamisen mukaan suunnitteluun perusteellisemmin (Kilpailullinen neuvottelumenettely 2012). Puitejärjestely on yhden tai useamman hankintayksikön ja yhden tai useamman tuottajan välinen sopimus, joka mahdollistaa palveluiden ostamisen tarpeen mukaan määrittämättä etukäteen käytettävien palveluiden lukumäärää. Puitejärjestely lisää joustavuutta toistuvissa hankinnoissa ja se kilpailutetaan joko avointa tai rajoitettua menettelyä käyttäen. (Kuntaliitto 2007; Laki julkisista hankinnoista 30.3.2007/348 5§.)

Hankintamenettelyn valinnalla on suuri vaikutus siihen, kuinka onnistunut hankinta tulee olemaan. Hankintalain ensisijaiset hankintamenetelmät eli avoin ja rajoitettu hankintamenetelmä ovat kankeita ja riskialttiita ja soveltuvat välttävästi sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden hankintaan. Avoin ja rajoitettu hankintamenetelmä edellyttää, että tilaaja pystyy erittelemään tarkasti hankinnan yksityiskohdat, joka lisää riskiä ja kustannuksia sekä tilaaja- että tuottajapuolella. Vuoden 2007 hankintalain uudistuksen myötä sallittiin neuvottelumenettelyn käyttö palveluhankinnoissa. Neuvottelumenettely mahdollistaa dialogin tuottajakandidaattien kanssa, joka auttaa selkeyttämään hankinnan kokonaissisältöä ja sen toteutustapaa. Tarkentunut kuvaus hankinnasta pienentää sekä tuottajan että tilaajan riskiä hankinnassa ja tekee siitä kustannustehokkaampaa. Neuvottelumenettely mahdollistaa myös muiden ulkoistamisesta toivottavien etujen saavuttamisen kuten yhteiset kehitysprojektit yksityisen ja julkisen toimijan välillä sekä elinkeinopoliittiset tavoitteet. (Aho 2012; 123–125.)

Hankinnan onnistumisen varmistaminen

Hankinnan onnistumista määrittelee merkittävästi tarjouspyynnön laadinta. Tarjouspyynnössä tilaaja esittää vähimmäisvaatimukset ulkoistamisen kohteesta, sopimuskauden pituuden ja miten sopimuksen toteutumista valvotaan. Vähimmäisvaatimukset luovat minimitason ulkoistetun palvelun laadulle, sopimuskauden pituus määrittää kuinka pitkäksi aikaa hankinta tehdään ja mitä sopimuksen päättymisestä seuraa. Vähimmäisvaatimukset voivat olla esimerkiksi palvelun tuottamiseen ohjatut resurssit kuten tietyllä ajanjaksolla käytössä oltavien lääkäreiden tai muun henkilökunnan määrä. Tarjoukset, jotka eivät täytä tarjouspyynnön vähimmäisvaatimuksia, hylätään, josta syystä vähimmäisvaatimuksilla tilaaja pystyy merkittävästi vaikuttamaan saamiensa tarjousten määrään ja laatuun. Liian tiukat vähimmäisvaatimukset nostavat väistämättä tarjousten hintaa. (Aho 2012; 126, 128–129.)

Tarjouspyynnön vähimmäisvaatimukset ovat nimensä mukaisesti minimitaso, jonka ylittävät tarjoukset hyväksytään kilpailutuksessa. Voittava tarjous on joko hinnaltaan alhaisin tai kokonaisedullisesti edullisin tarjous. Kokonaisedullisessa tarjouksessa huomioidaan tarjouksen hinnan lisäksi myös palvelun laatuun vaikuttavia tekijöitä. Palvelun tilaaja tarjouspyynnössään määrittää mitkä tekijät otetaan huomioon kokonaisedullisuuden arvioinnissa sekä millä painoarvoilla hintaa ja laatua painotetaan. Vertailutekijöiden tulee liittyä hankinnan kohteeseen ja olla puolueettomasti arvioitavissa. Vertailukriteereitä voi olla useita ja ne voidaan jakaa useampiin alatasoihin. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kohdalla kyseeseen voi tulla esimerkiksi laatupisteytystoiminta ja henkilöstösuunnitelman tarkoituksenmukaisuus. Hinnan ja laadun painotus tarjouspyynnössä riippuu käytettävästä hinnoittelumallista ja se voi vaihdella nollan ja sadan prosentin välillä hinnoittelumallista riippuen. Suomessa sosiaali- ja terveyshuollon palveluiden ulkoistuksissa käytetään usein hinta- ja laatuvertailua eli tarjouksen kokonaisedullisuus ratkaisee kilpailutuksen voittajan. Tästä huolimatta yli puolet vuoden 2011 Sosiaalibarometri-kyselyyn vastanneista koki, että kilpailutuksissa ei huomioida riittävästi laatutekijöitä ja palvelun hinta on noussut ainoaksi valintakriteeriksi. Palveluiden laatua voi yrittää parantaa käänteisellä kilpailutuksella, jossa hinta on vakioitu ja ainoastaan palvelun laatu ratkaisee kilpailutuksen voittajan (Aho 2012; 126–128; STM 2012.)

Sopimuskauden pituus ja sen jälkeiset toimenpiteet voivat muuttaa muutoin onnistuneen hankinnan katastrofaaliseksi. Hankintaa tehdessä tulee määrittää tilauskauden pituus, optiovuosien määrä ja sitovuus sekä sopimuskauden jälkeiset toimenpiteet. Riittävän pitkä sopimuskausi on tärkeä sekä

tuottajalle että tilaajalle, jotta hankinnasta aiheutuvat transaktiokustannukset pysyvät kurissa ja hankinnasta aiheutuvat investoinnit pystytään kuolettamaan. Toisin sanoen kilpailutuksesta aiheutuvat kustannukset pysyvät kohtuullisina ja tuottajan liiketoiminta on liiketaloudellisesti kannattavaa. Pitkäkestoiset hankintasopimukset merkitsevät usein laitteiden ja/tai tilojen hankintaa ja uudistamista tuottajan toimesta. Hankinnassa tulee sopia, miten näiden kanssa menetellään sopimuksen päättyessä, koska huolimaton hankinta voi johtaa kalliisiin uusinvestointeihin tilaajalle. Käytännössä tämä voi johtaa tilanteeseen, jossa sopimuskauden päättyttyä tilaaja joutuu pakon edessä jatkamaan sopimusta vanhan tuottajan kanssa, mutta entistä kalliimmalla hinnalla. Vastaavat sudenkuopat voidaan välttää määrittämällä takaisinosto-oikeus hankintasopimukseen. Näin meneteltiin esimerkiksi Jämsän kunnan ulkoistuksissa, jossa kunta sitoutuu ostamaan kaluston takaisin niiden kirjanpitoarvolla. (Aho 2012; 128–129; Fredriksson et al. 2012; 106.)

Tilaajan tulee sopimuksen aikana varmistaa, että toimitettu palvelu vastaa tilattua. Ulkoistuksen laadunvalvonta on tärkeää tilaajalle, koska tilaajan lakisääteinen palveluiden järjestämisvastuu koskee myös ulkoistettuja palveluita. Tämän myötä tilaaja on vastuussa myös muuan muassa mahdollisista hoitovirheistä, joita potilaille on sattunut. Palveluiden laadunvalvonta edellyttää laatuindikaattorien kehittämistä, joilla seurataan tuottajan toiminnan laatua ja sitä kautta palvelutuotannon onnistumista. (STM 2012.) Jokaiselle ulkoistuksen osa-alueelle tulisi laatia omat laatuindikaattorit, jotka kuvastavat sekä määrällistä että laadullista tavoitteisiin pääsemistä. Laatuindikaattorien tulee perustua sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuotteistukseen, kuten hoitopäiviin ja DRG-pisteisiin. Käytännön valvontatoimenpiteistä päätetään hankintakohtaisesti palvelusopimuksissa. Laadunvalvonnan lisäksi sopimuksessa tulee laatia sanktiot sopimusrikkomuksista ja mahdolliset kannustimet palvelun kehittämiseen. Sanktioilla pyritään varmistamaan, että sopimusrikkomukset, kuten hoitotakuussa pysymättömyys, eivät ole tuottajalle taloudellisesti kannattavia. Kannustinpalkkiolla voidaan pyrkiä tehostamaan palveluntuottajan toimintaa halutulla ulkoistusten osa-alueella. (Aho 2012; 129–132.)

2.4.2 Palveluseteli

Palveluseteli on vaihtoehtoinen tapa hankinnalle ulkoistaa kunnan/sairaanhoitopiirin palveluita. Palvelusetelilain mukaan sen tarkoituksena on lisätä asiakkaan valintamahdollisuuksia, parantaa saatavuutta palveluissa ja edistää yhteistyötä yksityisten ja julkisten toimijoiden välillä. Lakia sovelletaan palvelusetelien käyttämiseen sekä kunnissa että sairaanhoitopiireissä. Kunta voi käyttää palveluseteliä vaihtoehtoisena hoidontuotantotapana niissä palveluissa, joissa sillä on järjestämisvastuu.

Kunta sitoutuu korvaamaan hyväksytylle yksityiselle palveluntuottajalle asiakkaasta aiheutuvat kulut ennalta määrättyyn arvoon asti. Palvelusetelin arvo voi olla joko kiinteä tai tulosidonnainen, jolloin se on riippuvainen käyttäjänsä tuloista eli kunnan maksuosuus vaihtelee palvelunkäyttäjän tulojen mukaan. Laissa määrätään myös palvelusetelin omavastuusuudesta, joka jää käyttäjän maksettavaksi, jos hän käyttää palvelusetelin. Omavastuusuuden tulee olla suuruudeltaan kohtuullinen. Kunnan tulee selvittää asiakkaalle muun muassa mikä on hänen asemansa palveluseteliä käytettäessä, mikä sen arvo on, missä sen voi käyttää ja paljonko hyväksytyjen tuottajien hinnat ovat. Palveluseteliä käytettäessä asiakkaalla ei ole oikeutta sairausvakuutuskorvaukseen kuten muutoin yksityisen sairaanhoidon palveluita käytettäessä. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä vastaanottamasta palveluseteliä, jolloin kunnan tulee tarjota vastaavaa hoitoa asiakkaalle toisella tapaa. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569 1§-7§, 12§.)

Palvelusetelin käyttö tarjoaa kunnille vaihtoehdon ulkoistettujen palvelujen kilpailuttamiselle siten, kuin hankintatalaissa on määrätty. Palvelujen kilpailutus aiheuttaa transaktiokustannuksia, jotka voivat muodostua merkittäväksi osuudeksi hankittavan palvelun kokonaisarvosta. Palvelusetelijärjestelmä voi tarjota hallinnollisia säästöjä näissä tapauksissa. Asiakkaan näkökulmasta hyöty tulee valinnanvapauden lisääntymisestä eli mahdollisuudesta päättää missä, milloin ja minkä tuottajan toimesta hoitoa saa sekä mahdollisesta hoitoon pääsyn nopeutumisesta. Nopeutunut hoitoon pääsy on myös kansantaloudellisesti perusteltua, koska sairauslomien kustannukset voivat nousta selvästi yli hoidosta aiheutuvien kustannusten. (Liukko et al. 2010.)

Palveluseteliä voidaan käyttää sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Väestön terveydenhuollon tarpeista arviolta 80 prosenttia on kertaluonteisia ja rutiininomaisia, ja ne muodostavat noin 20 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista. Palveluseteli sopii parhaiten helposti tuotteistettaviin ja rutiininomaisiin palveluihin, jotka kattavat valtaosan väestön vuosittaisesta terveydenhuollon tarpeesta ja perusterveille asiakkaille, joiden terveysongelmat eivät ole komplisoituneet ja heillä on kyky itsenäisesti hakeutua hoitopalveluiden piiriin. Erikoissairaanhoidossa palveluseteli soveltuu parhaiten elektiivisiin hoitoihin kuten suunnitelmallisiin leikkauksiin ja kroonisten sairauksien hoitoon kuten insuliinihoitoiseen diabetekseen. Lisäksi sitä voidaan käyttää muun muassa kuntoutuksiin ja synnytyksiin. (Liukko et al. 2010.)

Siirtyessään palvelusetelijärjestelmän käyttöön kunta/sairaanhoitopiiri tekee päätöksen, mitkä palveluntuottajat hyväksytään järjestelmään mukaan. Se joko hyväksyy kaikki kriteerit täyttävät

palveluntuottajat tai kilpailuttaa kriteerit täyttävät tuottajat ja päättää voiko palveluseteliyrittäjäksi hakeutua jatkuvasti vai määräaikaishauulla. Hankinnasta poiketen palveluseteliyrittäjiä ei ole pakollista kilpailuttaa. Kuten hankinnan kilpailuttamisessa niin myös palvelusetelien palveluntuottajien kriteerien asetannassa/kilpailuttamisessa palvelun sisällön ja laatutason määrittäminen on välttämätöntä. Palvelusetelien ulkoistettavien palveluiden tulee olla vähintään sitä tasoa, jota odotetaan kunnalliselta toimijalta. Kustannussäästöjä ei voida hakea ulkoistamalla palveluita palvelutasoa laskemalla. Palvelun sisällöllä ja laatutasolla on suora vaikutus itse palvelun käyttäjään eli asiakkaaseen, koska palvelusetelillä hankitut palvelut ovat kuluttajasuojalain piirissä. (Aho 2012; 132; Liukko et al. 2010.)

Kritiikkiä palvelusetelistä

Terveystieteiden laissa (2 § 30.12.2010/1326) lain tarkoituksena on määrittää muun muassa väestön tarvitsemien palveluiden yhdenvertainen saatavuus. Palvelusetelien käyttö asettaa palveluiden käyttäjät eriarvoiseen asemaan ja on täten lain tarkoituksen vastainen. Palveluseteli soveltuu ainoastaan niille käyttäjille, joiden toimintakyky on riittävän korkea palveluntuottajan valitsemiseen, se eriarvoistaa palvelunkäyttäjää eri kuntien välillä ja asettaa ihmiset eriarvoiseen asemaan varallisuutensa perusteella. Asiakkaat, joiden toimintakyky on heikentynyt, eivät sovellu palvelusetelien käyttäjiksi, joten heidän valintamahdollisuudet ovat heikommat kuin muilla. Palveluseteli on käytössä vain kolmasosassa suomalaisista kunnista, joka asettaa kansalaiset eriarvoiseen asemaan asuinpaikkansa perusteella. Erot ovat suuria myös palvelusetelillä käytävissä kunnissa, koska palvelusetelien käyttöehdot ja -kohteet, palvelusetelien arvo ja palveluntuottajien määrät vaihtelevat kunnittain. Palvelusetelin hinnoittelu aiheuttaa omat haasteensa kansalaisten tasa-arvolle. Korkea omavastuuosuus voi sulkea pienituloiset asiakkaat kokonaan pois palvelusetelillä tarjottavien palveluiden piiristä tai rajoittaa heidän valinnanvapautta palveluntuottajien valinnassa. Eriarvoisuutta voi lisätä yksityisen tuottajan palvelun parempi laatu sekä joustavammat ehdot. Toisaalta palvelusetelin on todettu lisäävän palveluiden joustavuutta ja siten vastaavan paremmin asiakkaiden tarpeita. (Kuusinen-James 2012; 9-11.)

Palvelusetelien käytöstä voi seurata lisääntyntä palveluiden kysyntää, se voi johtaa osa-optimointiin, siirtää hoidosta aiheutuvien kustannusten siirtymistä potilaan maksettavaksi, vaikeuttaa tuotetun hoidon valvontaa sekä laatua (Ramsay 2011). Palvelusetelin myötä julkisten palveluiden piiriin saattaa hakeutua asiakkaita, jotka ovat ennen käyttäneet yksityisiä sairaanhoidon palveluita. Tämä nostaa kunnan/sairaanhoitopiirin kustannuksia eikä suinkaan laske, niin kuin palvelusetelijärjestelmän

tavoitteena on (Kuusinen-James 2012; 81). Palvelusetelijärjestelmä voi johtaa osaoptimointiin, jossa kunta jakaa asiakkailleen palveluseleitä, koska se vaikuttaisi olevan halvempi tapa tuottaa palvelut kuin palveluiden hankinta omalta tuottajalta/sairaanhoitopiiriltä. Todellisuudessa tuotteistamisen seurauksena saatavat kustannukset sisältävät sekä kiinteitä että muuttuvia kustannuksia eikä täten hinta ole vertailukelpoinen palvelusetelin kustannuksen kanssa. Täten osaoptimointi voi johtaa korkeampiin kustannuksiin kuin itse tuotetusta palvelusta syntyisi.

Palvelusetelin käytön myötä hoidon kustannuksia voidaan myös vyöryttää asiakkaille korkeampien omavastuuosuuksien myötä. Omavastuuosuuden lisääminen voi laskea kunnan kustannuksia, mutta nostaa terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Palveluntuottajien lisääntyminen voi johtaa ongelmiin palveluiden laadussa ja laadunvalvonnassa. Kuntien palvelukokonaisuuksien johtaminen ulkoistettujen palvelujen osalta on usein puutteellista ja palvelutuotannon valvontaa harjoitetaan vasta ongelmien ilmettyä. (Fredriksson et al. 2012; 104, 114–115.)

Tutkimuskirjallisuus palvelusetelien käyttöönotosta sekä Suomessa että ulkomailla esittää ristiriitaisia tuloksia palvelusetelien käyttöönoton hyödyllisyydestä. Tukea kirjallisuudesta löytyy muun muassa valinnanvapauden kasvulle ja asiakkaiden tyytyväisyyden lisääntymiselle, mutta näyttö palveluiden parantumisesta vaihteli tutkimuksittain eikä niiden pohjalta voida yleistää, että palvelusetelien käyttö parantaisi palveluiden laatua. Tutkimuksessa nousi esille myös palvelusetelien eriarvoistava vaikutus kansalaisiin. (Linnosmaa 2012; 12–14, 40.)

2.5 Sairaanhoidon palveluiden tuotteistus

Tuotteistamisella tarkoitetaan eri palveluiden jäsentämistä palvelukokonaisuuksiksi.

Palvelukokonaisuuksissa määritetään sen hinta, sisältö ja käyttötarkoitus sekä siltä vaadittu laatutaso. Näitä jäsenneityjä palvelukokonaisuuksia kutsutaan tuotteiksi. (Heikkilä 2014.) Sairaanhoidon palveluiden tuotteistus on tärkeää tuotteiden laatu-, hinta- ja tuottavuusvertailuille. Puutteellinen tuotteistus tekee vertailun vaikeaksi, koska dataa joudutaan käsittelemään keinotekoisesti, jotta siitä saadaan vertailukelpoisempaa. Onnistunut palvelukokonaisuuksien tuotteistus parantaa sairaanhoidon palvelukokonaisuuksien vertailtavuutta, mahdollistaa niiden tehokkaamman kilpailutuksen ja lisää kannustimia tehokkaampaan tuotantoon. (Aaltonen et al. 2007a; 34–35.) Sairaanhoidon tuotteistamistavat poikkeavat perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidon tuotteistusmenetelmät ovat pidemmälle kehittyneitä ja laajemmin käytössä. Tässä luvussa keskitytään

ainoastaan palveluiden tuotteistukseen erikoissairaanhoidossa, koska perusterveydenhuollon palvelut ovat rajattu ulos tästä tutkimuksesta.

Erikoissairaanhoidossa on mahdollista käyttää eri tuotteistusmenetelmiä kuten DRG-pohjaista tuotteistusta ja laskutusta, terveydenhuollon yksikön omaa tuotteistus- ja laskutusmallia, suoritepohjaista laskutusta ja kiinteästi hinnoiteltua laskutusta. DRG-pohjaisessa mallissa palvelukokonaisuudet tuotteistetaan potilaan diagnoosin mukaan palvelukokonaisuuksiksi, jotka tarvitaan potilaan oireen/sairauden hoitamiseksi. DRG-mallia käsitellään tarkemmin luvussa 2.5.1 Terveystenhuollon yksikön oma luokittelu tarkoittaa nimensä mukaisesti sen omaan luokitteluun perustuvaa tuotteistusta. Omaa tuotteistusjärjestelmää on Suomessa käyttänyt esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Suoritepohjaisessa laskutuksessa tuotteistus ja laskutus tapahtuvat omakustanne- ja aiheuttamisperiaatteen mukaan. Kaikki potilaan hoitoon tarvittavat hoitotoimenpiteet kohdistetaan yksittäiselle potilaalle ja hoidon kustannukset laskutetaan potilaskohtaisesti. Näin tarkka kustannusten kohdistaminen on kallista eikä se luo tehostamiskannusteita palveluntuottajalle. Se voi jopa johtaa päinvastaiseen, jolloin potilaalle tuotetaan palveluita, jotka eivät ole välttämättömiä potilaan hoidossa kuten ylimääräisiä laboratoriokokeita tai kuvantamistutkimuksia. Kiinteässä hinnoittelussa kaikki erikoissairaanhoidon palvelut sisältyvät kiinteään hintaan, jonka tilaaja maksaa tuottajalle. Tuotettujen palveluiden määrä ei suoraan vaikuta maksettavaan hintaan, mutta hinnoittelua voidaan tasata tilausjakson aikana. Kiinteä hinnoittelu vähentää kuntien halukkuutta ulkoistaa palveluitansa, koska se tuo niille lisäkustannuksia. Toisistaan poikkeavat tuotteistusjärjestelmät tekevät eri yksiköiden vertailun hinnan ja laadun osalta vaikeaksi. Lisähaastetta vertailuun tuo myös saman tuotteistusjärjestelmän sisällä poikkeavat käytännöt kuten eri toimenpidekoodien käyttö diagnoosin määrittämisessä ja erot kustannuslaskennassa. (Aaltonen et al. 2007a; 33–34.)

Erikoissairaanhoidon järjestämistapa vaihtelee laajasti maittain, mutta tuotteistamismalleissa on paljon samankaltaisuuksia. Laajinta suosiota nauttii Yhdysvalloissa kehitetty DRG-potilasluokittelujärjestelmä, jonka eri muunnoksia käytetään muuan muassa Yhdysvalloissa, Australiassa, Keski-Euroopan maissa sekä Pohjoismaissa. NordDRG-järjestelmä on yhteispohjoismainen tuotteistamisjärjestelmä, jota käytetään Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa kohtuullisin paikallisin muunnoksina. DRG-järjestelmä on ainoa laajasti levinnyt erikoissairaanhoidon tuotteistamisjärjestelmä maailmalla. (Aaltonen et al. 2007a; 45–46.)

2.5.1 DRG-pohjainen tuotteistus

DRG-järjestelmä on erikoissairaanhoidossa käytössä oleva potilasluokittelujärjestelmä, joka mahdollistaa erikoissairaanhoidon palveluiden tuotteistuksen, hinnoittelun ja hinnan sekä laadun valvonnan. Se perustuu hoitokokonaisuuksien tuotteistamiseen, jossa potilaan saama hoito ryhmitellään sen mukaan, mikä sairaus/oire hänelle diagnosoidaan ja mitä toimenpiteitä tämän vaivan hoitamiseksi on tarvittu. (Erikoissairaanhoidon tuotteistuksen käsikirja 2013; 3-4.) DRG-ryhmittelyn kehittäminen alkoi alun perin Yhdysvalloissa Yalen yliopistossa tavoitteenaan tukea sairaaloiden päätöksentekoa ja kuvata sairaaloiden toimintaa. Vasta myöhemmin sitä alettiin hyödyntää hoitojaksojen hinnoittelussa. Kehitystyö siirtyi myöhemmin 3M-yhtiölle, joka kaupallisti sen ja omistaa nykyään täydet tekijänoikeudet useisiin eri maissa käytettäviin versioihin DRG-ryhmittelijästä. (Fetter 1999). Suomessa kehitystyö aloitettiin vuonna 1994 Kuntaliiton toimesta yhdessä muiden Pohjoismaiden kanssa. Yhteistyön tuloksena syntyi NordDRG-ryhmittely. Ryhmittely päivitetään vuosittain ja Suomessa järjestelmän hallinnointi on siirretty FCG Efeko Oy:lle Kuntaliitolta. Yrityksen toiminnasta vastaa Suomen Kansallinen DRG-keskus. (Aaltonen et al. 2007a; 38, 43; DRG-opas 2015.)

DRG-järjestelmän ryhmittely perustuu toimenpiteiden ja diagnoosien samankaltaisuuteen. Tavoitteena on, että ryhmittely jakaa hoidot sekä lääketieteellisesti että kustannuksiltaan samankaltaisiin ryhmiin. Esimerkiksi polviin kohdistuvat leikkaukset voidaan jakaa DRG-tuotteisiin diagnoosin mukaan, jossa tuotteissa tarvittava hoito on keskimäärin samankaltaista, jolloin ne voidaan hinnoitella tuotteittain keskimääräisten kustannusten perusteella. Hoitotoimenpiteiden luokittelu oikeaan DRG-ryhmään tapahtuu DRG-ryhmittelijällä. Se on tietokoneohjelma, joka käyttää hyväkseen järjestelmään kirjattuja tietoja ja ryhmittelee tiedot DRG-ryhmiin automaattisesti hoitojakson päätyttyä. DRG-ryhmittelijät jakautuvat kahteen eri versioon laajuutensa takia. DRG-ryhmittelijä Classic-versiossa käsitellään ainoastaan vuodeosastohoitojaksoja ja päiväkirurgiaa. DRG-ryhmittelijän Full-versio on laajempi ja ryhmittelee myös avo- ja lyhythoitoina tuotetut hoidot. DRG-järjestelmän kehitys psykiatrian ja kuntoutuksen osalta on puutteellisia hoidon vaikean vakioitavuuden takia. Mallien levinneisyys Suomessa vaihtelee sairaanhoitopiireittäin, joka heikentää järjestelmästä saatavia hyötyjä, koska Full- ja Classic-versiot eivät ole keskenään suoraan vertailukelpoisia. Eroja löytyy muun muassa kustannuspainoista. DRG-ryhmittelyn tuotteistus voi olla joko erikoisalariippumatonta tai erikoisalariippuvaista. Erikoisalariippumaton tarkoittaa, että saman terveysongelman hoito kuuluu samaan DRG-ryhmään riippumatta millä erikoisalalla se on tuotettu ja erikoisalariippuvainen viittaa siihen, että kaikilla erikoisaloilla ovat omat DRG-tuotteensa, vaikka kyseessä olisi saman

terveysongelman hoito. Toisin sanoen saman terveysongelman hoidosta voi syntyä useita hoitajaksoja, koska se on vaatinut eri erikoisalojen hoitoja. (Aaltonen et al. 2007a; 38, 40; NordDRG-ryhmittely 2015, DRG-Opas 2015.)

DRG-järjestelmän ryhmittelyä varten tulee kirjata seuraavat tiedot potilaasta ja hänen saamastaan hoidosta (Aaltonen et al. 2007a; 39):

- päädiagnoosi (ICD-10)
- sivudiagnoosi (ICD-10)
- toimenpiteet (Pohjoismaiden toimenpideluokitus, NCSP)
- ikä
- sukupuoli
- poistumistila (elossa, sairaalasiirto, kuollut)
- potilaskohtainen kustannus (ei välttämätön)

DRG-järjestelmä käyttää pää- ja sivudiagnoosin määrittelyssä Maailman terveysjärjestön kehittämää kansainvälistä tautiluokitusjärjestelmää. Suomessa ICD-10-luokitusjärjestelmää ylläpitää Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, joka julkaisee vuosittain päivitetyn version listauksesta. (DRG-Opas 2015.) Toimenpiteiden kirjaamiseen käytetään Pohjoismaista toimenpideluokittelujärjestelmää, NCSP:tä. Toimenpideluokituksesta käy ilmi mitä toimenpiteitä, mihin osaan kehosta ja millä kiireellisyys- ja vaativuusasteella toimenpiteet ovat asiakkaalle tehty osana hänen saamaansa hoitoa (Lehtonen et al. 2013.) Lisäksi tarvitaan tiedot potilaasta ja hänen hoidosta poistumistilastaan. Potilaskohtainen kustannus ei ole välttämätön tieto DRG-järjestelmälle. Jos potilaskohtaisia kustannustietoja ei ole saatavilla, voidaan niiden sijasta käyttää muusta hoitopaikasta saatuja DRG-painoja, jolla kustannukset lasketaan.

DRG-ryhmittelyssä potilaiden hoitojen tiedot jaetaan 25 elinkohtaiseen päädiagnoosiryhmään, jotka jakautuvat päädiagnoosinsa mukaan alaryhmiin. Konservatiivinen hoito luokitellaan useimmiten päädiagnoosiluokkaan hoidon päädiagnoosin mukaan. Sivudiagnoosit voivat vaikuttaa päädiagnoosiluokkaan muuan muassa tapauksissa, jossa hoito on komplisoitunut. Pääluokkia ovat esimerkiksi hermojärjestelmän, silmän ja veronkiertoelinten sairaudet sekä palovammat. Kaiken kaikkiaan NordDRG-tuotteita on Suomen Classic-versiossa 620 kappaletta ja Full-versiossa 897. Poikkeuksia ryhmittelyyn muodostaa muun muassa potilaalle tehdyt toimenpiteet, jotka eivät sovi

mihinkään ennalta määritellyyn ryhmään. Näitä varten ovat olemassa jäännösryhmät: diagnoosiin sopimaton toimenpide ja diagnoosiin sopimaton suppea toimenpide. Mikäli potilaan hoidossa on mukana leikkaussalitoimenpide, niin hoito luokitellaan kirurgiseksi. Lisäksi jos potilaalle on tehty useampi toimenpide saman sairauden/vaivan hoitamiseksi, niin käytetty DRG-ryhmä määräytyy sen toimenpiteen mukaan, joka on tärkein DRG-ryhmittelysääntöjen mukaan. (Aaltonen et al. 2007a; 38–40; Erikoissairaanhoidon tuotteistuksen käsikirja 2013; 3-4; DRG-opas 2015; NordDRG-ryhmittely 2015.)

2.5.2 DRG-järjestelmä ja kustannuslaskenta

DRG-järjestelmän perusajatuksena on kustannusten kohdistaminen aiheuttamisperusteella. Kaikki sairaanhoidosta aiheutuvat kustannukset, kuten henkilöstökustannukset ja yleiskustannukset, pyritään kohdistamaan hoitoa saaneeseen potilaaseen. DRG-järjestelmä mahdollistaa kustannusten määrittelyn tarvittaessa erittäin tarkasti, mutta tarkkuuden lisääntyessä työmäärä kasvaa. Potilaskohtainen kustannuslaskenta (kts. liite 1) on suositeltavaa, jos se on sairaanhoidon yksikön toimintavolyymiin nähden asianmukaista. Se on tehokkain keino selvittää tehottomuuksia vertailtaessa sairaanhoidon yksiköitä keskenään, mutta pienten sairaanhoidon yksiköiden kohdalla kustannukset saattavat ylittää siitä saatavat hyödyt. Potilaskohtaiseen kustannuslaskentaan voidaan soveltaa sekä toimintoperusteista että suoriteperusteista kustannuslaskentaa ja soveltuvin kustannuslaskentamalli määräytyy halutun tarkkuuden ja kustannusten mukaan. (Erikoissairaanhoidon tuotteistuksen käsikirja, v.2013; 45–47; Kustannuslaskennan ohje v. 2015.) Määriteltäessä haluttua tarkkuutta kustannuslaskennassa on syytä huomioida, että kustannuslaskennassa on tärkeämpää olla suurin piirtein oikeassa kuin tarkasti väärässä. Kustannuslaskennan tarkkuuden lisääminen ei välttämättä tuo hyödyllistä lisäinformaatiota, mutta lisää siitä syntyviä kustannuksia. Pahimmassa tapauksessa kustannuslaskennan tarkkuuden lisääminen voi johtaa päinvastaiseen lopputulokseen, jossa tarkkuuden lisääminen todellisuudessa vääristää tuloksia esimerkiksi kustannuslaskennassa olevien perustavanlaatuisien ongelmien, kuten väärin perustein kohdistettavien yleiskustannuslisien vuoksi.

DRG-järjestelmässä käytetään kustannuspainoja määrittämään tietyn DRG-ryhmän osuutta kaikista sairaanhoidon yksikön hoitajaksoista. Esimerkiksi jos DRG-ryhmän keskikustannus on puolet koko sairaanhoidon yksikön hoitajaksojen kustannuksista, niin se saa DRG-painokertoimekseen 0,5. Kustannuspainot vaihtelevat merkittävästi ryhmittäin ja voivat olla yliopistosairaaloissa välillä 0,1-100. Ero kalleimman ja halvimman ryhmän välillä voi olla tuhatkertainen. Sairaalan hoitojen vaativuustasoa

kuvaamaan käytetään casemix-indeksiä, joka kuvaa sairaalassa tehtyjen hoitokokonaisuuksien keskimääräistä vaatimustasoa. Se lasketaan jakamalla kaikkien hoitojen kustannuspainokertoimien summa hoitojaksojen määrällä. Yliopistosairaaloissa hoitojen vaativuustaso on tyypillisesti korkea, josta syystä myös niiden casemix-indeksi on korkeampi kuin keskussairaaloissa. DRG-järjestelmä lisää merkittävästi kustannuslaskennan tarkkuutta verrattuna hoitojaksoihin perustuvaan kustannuslaskentaan, koska se huomioi hoitoon käytetyt resurssit. DRG-järjestelmän tavoitteena on, että DRG-ryhmät ovat kustannuksiltaan mahdollisimman tasalaatuiset ja lääketieteellisesti loogiset. Jotta tavoitteeseen päästäisiin, joudutaan osa hoitojaksoista rajaamaan ulos laskennasta. Hoitojaksojen kustannukset ryhmien sisälläkin vaihtelevat huomattavasti, ja tästä syystä DRG-painoja laskettaessa siitä rajataan ulos hoitojaksoja, jotka poikkeavat liikaa keskimääräisestä kustannuksesta. Ääripäihin sijoittuvia hoitojaksoja kutsutaan outlier-tapauksiksi. Outlier-tapauksia ei huomioida DRG-painoja laskettaessa eikä DRG-ryhmiä hinnoiteltaessa. (Aaltonen et al. 2007a; 41–42; DRG-Opas 2015.)

Potilaskohtainen kustannuslaskenta ei ole aina mahdollista ja/tai se voi tuottaa vääristyneitä tuloksia hoidon kustannuksista. Sairaanhoidon yksiköt, jossa potilaskohtainen kustannuslaskenta ei ole mahdollista, voivat käyttää toisen sairaanhoidon yksikön DRG-painoja tai kansallisia keskiarvoja. Näin pystytään tarkentamaan kyseisen sairaanhoidon yksikön hinnoittelua ja kustannuslaskentaa. Jos hoitojaksojen määrä tietyissä DRG-ryhmissä jää pieneksi, voidaan omakustannushinnoittelun sijaan käyttää muualta saatavia DRG-painoja hinnoittelun luotettavuuden parantamiseksi. Käytettäessä ulkopuolisia DRG-painoja, sairaanhoidon yksikön hoitojaksojen määrä kerrotaan uusilla DRG-painoilla, jolloin saadaan tuotettujen DRG-pisteiden määrä. Tuotetut DRG-pisteet jaetaan hoitojaksojen kustannuksilla, jolloin saadaan hinnat DRG-pisteille, joita käytetään hinnoittelussa. DRG-pisteen hinnoittelu käydään tarkemmin läpi liitteessä 2. DRG-painoilla saatavat DRG-pisteiden hinnat ovat ainoastaan suuntaa-antavia, koska ne perustuvat olettamukseen siitä, että DRG-ryhmäkohtainen kustannusjakauma olisi identtinen niin kuin siinä sairaanhoidon yksikössä, josta DRG-painot ovat alun perin peräisin. (Aaltonen et al. 2007a; 41–42.)

DRG-järjestelmän vertailtavuuden kannalta olisi tärkeää, että kaikki sairaanhoidon yksiköt kirjaavat tiedot samalla tavalla. Suomessa kirjaustavat vaihtelevat sairaaloiden välillä, joka vääristää hoidosta aiheutuneita kustannuksia, jos osa välisuoritteista jätetään kirjaamatta tai palvelukokonaisuus päättyy väärään DRG-ryhmään puutteellisen kirjauksen takia. Muita ongelmia DRG-hinnoittelussa on muun muassa sairaanhoitopiirien tapa vyöryttää tutkimuksen ja opetuksen kustannuksia tuotteille sekä

erilaiset kustannuslaskennan käytännöt, kuten yleiskustannusten kohdistusperiaatteet. (Aaltonen et al. 2007a; 37, 53.)

2.5.3 DRG-järjestelmän vaikutus hoidon laatuun

DRG-järjestelmän tavoitteena on tuotteistuksen avulla helpottaa hoitajaksojen tuottavuuden vertailtavuutta eri sairaanhoidon yksiköiden kesken, selkeyttää tuotteiden hinnoittelua ja kannustaa kustannustehokkuuteen. Lisääntyneen läpinäkyvyyden toivotaan parantavan hoidon laatua, mutta useat asiantuntijat ovat huolestuneet siitä, että DRG-järjestelmä kannustaa kustannusten hillintään hoidon laadun kustannuksella (Kapiainen et al. 2012). Alihoidon pelko johtuu siitä, että DRG-järjestelmässä tietyn hoitokokonaisuuden hoitamisesta maksetaan kertakorvaus, joka aiheuttaa sairaanhoidon yksikölle kannusteita minimoida hoidon kustannukset. Hoidon kustannuksia voidaan pienentää esimerkiksi vähentämällä hoitotoimenpiteiden tai tehtyjen testien määrää sekä kotiuttamalla potilaita liian aikaisin heidän tilaansa nähden. DRG-järjestelmä voi kannustaa sairaaloita potilaiden valikointiin, koska vaikeahoitoiset potilaat voivat olla sairaaloille kalliita, jos hoidosta saatu korvaus on liian pieni. (Or & Häkkinen 2011.)

Tutkimus DRG-järjestelmän vaikutuksesta laatuun on vähäistä ja tutkimustulokset eivät ole yksioikoisia. Rogers et al. (1990) tutkivat Yhdysvalloissa DRG-järjestelmän implementoinnin vaikutuksia sairaaloiden hoidon laatuun 1980-luvulla. DRG-pohjainen hinnoittelu johti tutkimuksen kohteina olevien tautien ja sairaaloiden kohdalla potilaiden liian aikaiseen kotiuttamiseen. Kuolleisuuden kohdalla DRG-järjestelmän käyttöönotto ei johtanut muutoksiin. Muu tutkimusnäyttö Yhdysvalloissa on sekä positiivista että negatiivista. Teknologian käytön lisääntyminen hoidossa ja kotihoidon kehittäminen ovat myönteisiä vaikutuksia. Vastaavasti DRG-järjestelmän luomat hintakannusteet ovat kielteisiä vaikutuksia. (Or & Häkkinen 2011).

Yhdysvalloissa tehdystä tutkimuksesta ei voi vetää suoria johtopäätöksiä DRG-järjestelmän vaikutuksista Suomessa tai Euroopassa, koska laskutuskäytäntö mannerten välillä ennen DRG-järjestelmää on poikennut toisistaan. Yhdysvalloissa oli aikaisemmin käytössä suoriteperusteinen laskutus ja Euroopassa kapitaatiopohjainen eli asukasmäärän perustuva rahoitusmalli. (Kapiainen et al. 2012; Kinnula et al. 2015; 9.) Euroopassa DRG-järjestelmän vaikutuksia laatuun on tutkittu hyvin vähän. Tutkimuksessa DRG-järjestelmän vaikutuksesta hoidon laatuun kuolleisuuden ja uusintakäyntien näkökulmasta ei ollut vaikutusta Italiassa, Norjassa, Ruotsissa eikä Englannissa. (Or & Häkkinen 2011.) Ruotsissa on tutkittu DRG-järjestelmän vaikutusta potilastyytyväisyyteen ja

potilaiden elämänlaatuun hoidon jälkeen. Potilaiden kokema hoidon laatu laski DRG-järjestelmän käyttöönoton jälkeen. Hoidon laadun koettiin heikentyneen etenkin siinä, miten henkilökunta kohteli potilasta ja sai tietoa hoidostaan. (Ljunggren & Sjöden 2001.) Saman pitkäaikaistutkimuksen toisessa osassa tutkittiin DRG-järjestelmän käyttöönoton vaikutusta potilaiden elämänlaatuun kotiuttamisen jälkeen. Tässä tutkimuksessa potilaiden elämänlaadun arvioinneissa ei havaittu muutosta ennen ja jälkeen DRG-järjestelmän käyttöönoton (Ljunggren & Sjöden 2003).

DRG-luokkiin perustuvan maksujärjestelmän negatiivisia vaikutuksia hoitotoimenpiteisiin voidaan yrittää vähentää luomalla kannustimia laadun parantamiseen. Yhdysvalloissa on kokeiltu DRG-maksujen pienentämistä tietyissä DRG-ryhmissä niiden potilaiden osalta, jotka joutuvat palaamaan hoitoon keskimääräistä useammin. Vastaavaa on kokeiltu myös Englannissa ja Saksassa, jossa sairaalat eivät saa lisäkorvausta potilaan hoidosta, jos hän palaa hoitoon 30 päivän kuluessa saman vaivan takia. Englannissa on otettu osassa sairaaloista käyttöön parhaan käytännön menetelmä osalle DRG-ryhmistä. Parhaan käytännön menetelmässä palkitaan niitä sairaaloita, jotka noudattavat ennalta määrättyä hoitotapaa potilaan vaivan hoidossa. Ennalta määrättyä hoitotapaa kannustetaan käyttämään esimerkiksi korottamalla potilaan hoidosta maksettavia korvauksia tai maksamalla korvausta hoidosta ainoastaan, jos se on tehty parhaan käytännön menetelmän mukaisella hoitotavalla. Jos kustannuksia pyritään leikkaamaan heikommalla hoidon laadulla, niin se johtaa pienentyneisiin maksuihin hoidosta. (Kapiainen et al. 2012.) Suomessa on käytössä vastaavantyyppinen menetelmä parhaasta käytännöstä, joka kulkee Käypä hoito-nimellä. Toisin kuin Englannissa, Suomessa Käypä hoito – suositukset eivät sido käyttäjiänsä eli niiden käyttö on vapaaehtoista eikä käytöstä palkita tai rangaista. Suomessa tarkastellaan DRG-pisteiden lisäksi myös DRG-episodeja, jotka huomioivat kaikki vuoden aikana saman vaivaan kohdistuneet käynnit/hoitojaksot (Häkkinen 2016). Vuositason tarkastelulla pystytään selvittämään mahdollisia laatuongelmia ja tarvittaessa asettaa kannustimia laadun parantamiseen.

Laadittaessa kannustimia laadun parantamiseen tulee huomioida myös mahdolliset negatiiviset haittavaikutukset, joita kannustimet voivat aiheuttaa. Kannustimet ohjaavat toimintaa siihen suuntaan missä kannustimet realisoituvat. Kannustimet realisoituvat esimerkiksi, kun ennalta laaditut laatuindikaattorit täyttyvät. Esimerkiksi, jos kannustimena käytetään saman vaivan takia hoitoon palaavien määrää, niin se voi johtaa tilanteeseen, jossa potilaalle kirjataan eri diagnoosi kuin ensimmäisellä kerralla. Tällöin kannustin realisoituu, mutta hoidon laatu ei ole parantunut, vaan on pahimmassa tapauksessa voinut jopa heikentyä. Kannustimien kääntöpuolena voi olla myös se, että

sairaanhoidon yksikkö keskittyy ainoastaan laadun parantamiseen mitattavilta osa-alueilta ja muut osa-alueet jäävät paitsioon. Kannustimien mahdollisten negatiivisten sivuvaikutuksien vuoksi on tärkeää, että laatuindikaattorit valitaan huolellisesti siten, että ne tukevat sairaanhoitoyksikön strategiaa.

2.6 Tuottavuus ja sen mittaaminen

Seuraavissa luvuissa käsitellään sitä, mitä tuottavuus on, millä keinoin tuottavuutta mitataan, miten tuottavuuden mittaaminen poikkeaa julkisissa palveluissa verrattuna markkinatuotantoon sekä käydään läpi kirjallisuutta siitä, miten tuottavuutta on mitattu terveydenhuollossa.

2.6.1 Tuottavuus

Taloustieteen teoria tuottavuudesta muodostaa pohjan valtaosalle empiirisestä tuottavuustutkimuksesta (Nishimizu & Page 1982). Tuottavuudella mitataan tuotannon tehokkuutta ja sen mittarina toimii panosten ja tuotosten suhde. Tuottavuus kasvaa, kun tuotosta kohden käytetyt panokset vähenevät tai samoilla panoksilla saadaan korkeampi tuotos. Tällä mallilla saadaan kuitenkin mitattua ainoastaan kokonaistuottavuutta eikä se siten selitä heikon/hyvän tuottavuuden syitä. Tuottavuuden mittaaminen on todellisuudessa selkeästi tätä mallia monimutkaisempaa.

Kokonaistuottavuudella tarkoitetaan kaikkien tuotosten suhdetta kaikkiin panoksiin (Kangasharju 2008). Kokonaistuottavuus ei kuitenkaan erottele niitä tekijöitä, jotka aiheuttavat hyvän/heikon tuottavuuden. Heikko tuottavuus voi johtua esimerkiksi huonoista johtamiskäytännöistä tai siitä ettei uutta teknologiaa ole otettu käyttöön. Nishimizun ja Pagen (1982) mukaan kirjallisuudessa kokonaistuottavuutta käytetään usein synonyyminä teknologian kehittymiselle. He menevät analyysissä syvemmälle ja jakavat kokonaistuottavuuden kahteen eri osaan: teknologiseen kehittymiseen ja tekniseen tehokkuuteen.

Teknologinen kehitys tarkoittaa muutosta parhaan tuotantotavan rintamassa eli teknologisessa rintamassa. Teknologisella rintamalla tarkoitetaan optimaalista tuotosten ja panosten suhdetta eli sitä tuotostasoa, minkä paras mahdollinen teknologia mahdollistaa. (Nishimizu & Page 1982.)

Teknologinen kehitys tarkoittaa tämän rintaman edistymistä siten, että samalla panosmäärällä saadaan suurempi tuotos tai pienemmillä panoksilla saadaan sama tuotos kuin ennen. Teknologia tässä tapauksessa tarkoittaa niin konkreettisia teknologiaratkaisuja kuin tuotantoa tehostavia johtamis- ja organisointitapoja. (Kangasharju 2008.)

Nishimizu ja Page (2008) määrittävät teknisen tehokkuuden käsittämään kaikki muut tuottavuuteen vaikuttavat seikat kuin ne, jotka vaikuttavat kehitykseen. Tekninen tehokkuus käsittää ne asiat, joilla voidaan saavuttaa teknologinen rintama. Näitä keinoja ovat esimerkiksi parempien teknologioiden käyttöönotto ja paremmat johtamiskäytännöt. Kangasharjun (2008) mukaan tekninen tehokkuus kuvaa sitä, kuinka lähellä tuotantoyksiköt ovat teknologista rintamaa eli korkeinta mahdollista tuottavuuden tasoa. Tuotantoyksikön etäisyys teknologisesta rintamasta kertoo tuotantoyksikön tehottomuuden tason. Teknologinen rintama määritetään vertailuanalyysillä siten, että vertailujoukon paras on teknisesti tehokas eli teknologisella rintamalla ja muut vertailujoukon jäsenet ovat jossain määrin tehottomia eli kauempana teknologisesta rintamasta. Tekninen tehokkuus paranee esimerkiksi silloin, kun terveysasemalla otetaan käyttöön järjestelmä, jossa peruutetut lääkärintähtäimet jaetaan jonossa oleville uusille asiakkaille. Tehokkuus paranee, koska lääkärikohtaiset potilasmäärät kasvavat tyhjäkäynnin poistuessa. (Kangasharju 2008.) Teknologian kehitykseen yksittäiset tuotantoyksiköt, kuten sairaalat pystyvät useimmiten vaikuttamaan ainoastaan rajallisesti, joten tuotantoyksikön kannalta teknologinen kehitys on eksogeeninen muuttuja – paras teknologian taso ei riipu tuotantoyksiköstä itsestään. Esimerkiksi tuotantoteknologiat ja johtamismallit ovat tuotantoyksikölle endogeenisiä muuttujia eli ne ovat tuotantoyksikön itse päätettävissä. Endogeeniset muuttujat ovat niitä tekijöitä, joilla tuotantoyksikkö joko saavuttaa tai on saavuttamatta teknologisen rintaman.

Tuotantoyksiköiden välillä voi esiintyä tuottavuuseroja, vaikka ne molemmat käyttäisivät samaa teknologiaa. Täydellisen kilpailun tilanteessa tuotantoyksiköt ovat ns. x-tehokkaita eli ne toimivat teknologisella rintamalla. X-tehottomuus puolestaan tarkoittaa tuotantoyksiköiden välisiä tehokkuuseroja, joita ei voida selittää eri teknologioiden käytöllä. X-tehottomuutta esiintyy tilanteissa, joissa markkinat eivät toimi tehokkaasti. Esimerkiksi monopoliasemassa toimivat yritykset voivat olla x-tehottomia, koska kilpailun puute mahdollistaa niiden tehottoman toiminnan. Julkisella sektorilla ja etenkin erikoissairaanhoidossa alueella voi olla vain yksi tuottaja, joka saattaa olla x-tehoton kilpailun puutteesta johtuen. Teknistä ja x-tehokkuutta ei voida mitata suoraan, vaan mittaaminen tapahtuu vertaamalla kahta vastaavia teknologioita käyttävää tuotantoyksikköä. X-tehottomuus määräytyy näiden tuotantoyksiköiden tehokkuuden erotuksella. (Kangasharju 2008.)

Panos ja tuotos

Panoksilla tarkoitetaan tuotannontekijöitä eli niitä asioita joita tarvitaan tuotoksen aikaansaamiseksi. Panoksia ovat muun muassa työ, käytetyt toimitilat ja laitteet sekä välituotteet. Esimerkiksi sairaalassa

henkilökunta antaa työpanoksen, sairaalan rakennukset ovat toimitiloja eli fyysistä pääomaa ja lääkkeet sekä muut tarvikkeet välituotteita. Panoshinnat tarkoittavat näiden tuotannon tekijöiden hintoja ja samalla kuvaavat panosten laatua. Panoshinnat ovat siis työvoimakustannuksia, toimitilojen kustannuksia ja välituotteiden hintoja. (Kangasharju 2008.)

Panosten hinta pyrkii kuvaamaan panoksen laatua. Talousteorian mukaan korkeakoulutetut työntekijät saavat korkeampaa palkkaa kuin kouluttamattomat ja teknisesti edistyneemmät laitteet maksavat enemmän kuin kehittymättömämmät. Teorian tausta-ajatuksena on se, että korkeammat panoshinnat kertovat myös korkeammasta tuottavuuden tasosta. Panoshinnat eivät kuitenkaan määrittele kaikkia laatueroja, esimerkiksi lääkäreiden taidot ja motivaatiot voivat erota toisistaan, vaikka palkkakustannukset olisivat yhtä suuret. Panosten laatuun vaikuttaa myös käytössä oleva teknologia. (Kangasharju 2008.)

Tuotoksella tarkoitetaan sitä lopputuotetta, joka aikaansaadaan kaikista käytetyistä panoksista. Tuotos voi olla esimerkiksi tuotettu tuote kuten auto, tuotettu suorite kuten hoitopäivä tai vaikutus kuten potilaan paraneminen. Tuotoksen kustannus lasketaan kertomalla panosten määrä panosten hinnalla. (Kangasharju 2008.)

2.6.2 Tuottavuus julkisissa palveluissa

Tuottavuuden mittaaminen julkisella sektorilla poikkeaa merkittävästi yksityisestä sektorista. Yksityisellä sektorilla palveluiden ja tuotteiden hinnat kuvaavat niistä saatavaa marginaalihyötyä, mutta julkisen sektorin tuottamilla palveluilla ja tuotteilla ei ole markkinahintaa. Hinnan puuttuessa julkisen sektorin tuottavuusmittauksissa käytetään tuotosten määrää ja/tai laatua hinnan sijasta (Kangasharju 2008). Tuottavuuden maksimointi ei ole itsestäänselvyys julkisella sektorilla, koska palveluiden käyttäjät voivat esimerkiksi haluta parempaa laatua heikommalla tuottavuudella tai enemmän palveluita kuin olisi tarpeellista tuottaa (Simpson 2006). Tuottavuuden maksimoinnissa julkisissa palveluissa on syytä huomioida myös palveluiden tuottamisen ulkoisvaikutukset.

Panosten mittaaminen julkisissa palveluissa ei poikkea merkittävästi yksityisen sektorin panosten mittaamisesta. Niin yksityisellä kuin julkisella sektorilla panoshinnat saadaan laskettua esimerkiksi työntekijöiden palkoista, välituotteiden kustannuksista tai tilavuokrista. Tuottavuuden mittaamisen haasteet tulevat julkisten palveluiden tuotoksen mittaamisessa. Markkinahinnan puuttuessa tuotoksen mittaamiseen käytetään eri mittaustapoja, jotka kuvastavat tuotoksesta syntyntä hyödyn lisäystä.

Julkisten palveluiden tuotoksen mittaaminen voidaan jakaa kahteen ryhmään: yksilöille tarjottaviin ja kollektiivisesti tarjottaviin. Yksilöille tarjottavia palveluita ovat muun muassa terveydenhuolto ja opetus. Kollektiivisesti tarjottavia julkisia palveluita ovat esimerkiksi armeijan ja poliisin tuottama turvallisuus. Monet julkiset palvelut tuottavat hyötyä sekä yksilötasolla että kollektiivisesti. Esimerkiksi poliisin tekemä rikostutkinta lisää kansalaisten turvallisuuden tunnetta ja tuottaa hyötyä rikoksen uhrille rikoksen tutkinnan muodossa. Yksilöille tarjottavien julkisten palveluiden tuotoksen mittaaminen on merkittävästi helpompaa kuin kollektiivisten palveluiden tuotoksen mittaaminen. (Simpson 2006.)

Markkinahinnan puuttuessa julkisten palveluiden tuotosta mitataan joko palvelusuoritteita mittaamalla tai arvioimalla palvelun vaikuttavuutta (Kangasharju 2008). Samaa tuotosta voidaan mitata monilla eri keinoilla: esimerkiksi opetuksen tuotosta voidaan mitata tarjottujen oppituntien määrällä, suoritettujen kurssien määrällä tai opetuksen vaikuttavuudella työllistymiseen. Kaikki nämä tekijät ovat seurausta saman palvelun tuottamisesta, mutta tuotoksen arvioinnin keinot vaihtelevat huomattavasti. Tuotossuoritteen valinta vaikuttaa merkittävästi tuottavuuslaskelmiin. (Simpson 2006.) Tuotosta voidaan mitata myös palvelukokonaisuuksina, jotka koostuvat useasta suoritteesta. Esimerkiksi terveydenhuollossa hoitoepisodi käsittää kaikki ne suoritteet, jotka tehdään potilaan tietyn terveysongelman ratkaisemiseen kalenterivuoden aikana (Häkkinen 2015).

Julkisten palveluiden tuotosta voi yrittää arvioida vertaamalla sitä yksityisesti tuotetun palvelun hintaan. Tässä tapauksessa tulee huomioida ovatko tuotteet ominaisuuksiltaan samanlaisia vai poikkeavatko ne toisistaan sekä se, miten hinta muodostuu. Palvelun hinta kuvastaa keskimääräistä käyttäjälleen tuottamaa hyötyä. Käyttäjän ja yhteiskunnan palvelusta saama hyöty voi olla erisuuruinen. Esimerkiksi yksityisten lääkäripalvelujen käyttäjä voi olla valmis maksamaan nopeasta hoitoon pääsystä (Simpson 2006). Yksityisen palveluntarjoajan kannattaa tämän kaltainen palvelu tuottaa, koska se pyrkii maksimoimaan voittoansa. Julkinen palveluntuottaja pyrkii maksimoimaan palvelun vaikuttavuutta, jolloin nopea hoitoon pääsy voi tarkoittaa ylikapasiteettia ja heikompa tuottavuutta. Kangasharju (2008) esittää samantyyllisen esimerkin lääkkeistä ja niiden vaikuttavuudesta. Yksityinen kuluttaja voi olla halukas maksamaan enemmän merkkilääkkeestä, kun taas sairaalan on kannattavampaa käyttää halvempaa rinnakkaisvalmistetta. Markkinahinnan käyttö julkisen palvelun tuotoksen mittarina voi olla ongelmallista, koska palveluiden käyttäjien ja tuottajien arvostus voi poiketa toisistaan.

2.6.3 Tuottavuus erikoissairaanhoidossa

Tuottavuuden mittaaminen erikoissairaanhoidossa kärsii samoista ongelmista kuin muidenkin julkisten palveluiden tuottavuuden mittaaminen. Erikoissairaanhoidon tuotteille ei ole olemassa markkinahintaa, joka kuvastaisi sen tuottamaa hyötyä yhteiskunnalle. Panoshinnat pystytään laskemaan suoritteiden tuottamiseksi tarvittavista tuotannontekijöistä. Kirjallisuus sairaanhoidon tuottavuudesta käsittelee usein käytännön menetelmiä, joilla pystytään mittaamaan tuottavuutta määrittämällä tuotos, jota vasten käytettyjä panoksia verrataan, eri yksiköiden välistä tuottavuutta ja niiden etäisyyttä teknologisesti rintamasta ja eri muuttujien vaikutuksesta tuottavuuteen.

Sairaaloiden palveluiden tehokkuuden vertailumittauksissa käytetään usein tuotantorintamamenetelmiä, joista yleisimmät ovat ns. Data envelopment analyysi ja Stokastisen rintama-analyysi. Menetelmien tarkoituksena on estimoida teknologinen rintama ja eri tuotantoyksiköiden etäisyys siitä, jolloin pystytään järjestämään tuotantoyksiköt niiden tehokkuuden mukaan. Stokastisessa rintama-analyysissä tuotantoyksiköt voivat myös ylittää rintaman johtuen satunnaisvaihtelusta. Mitä kauempana tuotantoyksikkö rintamasta on, sen tehottomampi se on. (Kortelainen 2015.) Data envelopment analyysillä voidaan arvioida teknistä tehokkuutta ja kustannustehokkuutta. Menetelmässä voidaan huomioida skaalatuotot, jolloin tekninen rintama on konkaavin muotoinen ja se voidaan saavuttaa useilla eri tuotannontekijöiden suhteilla. Mallin etuihin kuuluu sen joustavuus, koska mallin käyttö onnistuu, vaikka tuotos- ja panoshinnat eivät ole tiedossa sekä menetelmän käyttö onnistuu, vaikka tuotantoyksikkö käyttäisi useita eri panostyyppejä ja tuottaisi useita eri tuotteita. Mallin varjopuolena on sen herkkyyys aineistovirheille. (Aaltonen et al. 2007b; 7-8.) Data envelopment analyysia on hyödynnetty muun muassa tutkittaessa sairaaloiden tuottavuuden korrelaatiota niiden tilankäytön kanssa (Kurenniemi 2004).

Stokastisessa rintama-analyysissä tehottomuus lasketaan käyttäen estimoidun mallin virhetermiä. Virhetermi jakautuu sekä tehottomuutta kuvaavaan että normaalisti jakautuneeseen virhetermiin. Virhetermit ovat mallin etuna verrattuna Data envelopment analyysiin, koska ne huomioivat sen, että poikkeamat rintamasta voivat johtua myös satunnaisvaihtelusta. Mallin heikkoutena on oletamus siitä, että tehottomuudella on aina jokin jakauma. Oletus jakaumasta voi vaikuttaa mallilla saataviin tuloksiin tuottajayksiköiden tehokkuudesta. (Aaltonen et al. 2007b; 7-10.) Usein muuttujan stokastista rintama-analyysia on käytetty muun muassa tutkittaessa tilaaja-tuottajatoimintatavan käyttöön oton vaikutuksia tekniseen tehokkuuteen ruotsalaisissa sairaaloissa (Gerdtham et al. 1999).

Suomessa erikoissairaanhoidon tuottavuusmittauksia tekee Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, joka julkaisee vuosittain sairaaloiden tuottavuusraporttinsa. Tuottavuutta mitataan episodituottavuutena sekä alue- että palveluntuottajatasolla eli tuotettujen episodien määrää verrataan niistä syntyneisiin kustannuksiin. Episodi sisältää kaikki potilaalle saman sairauden vuoksi tuotetut NordDRG Full -jaksot eli avo- ja laitoshoidon DRG-pisteet. (Häkkinen 2016.) DRG-tuottavuutta laskiessa pyritään minimoimaan DRG-pisteen hinta, jolloin tuotos/panossuhde paranee. Episodituottavuuden etuna verrattuna DRG-tuottavuuden laskemiseen on, että se huomioi paremmin hoidon laadun. Tuottavuuden laskeminen DRG-tuotteiden pohjalta ei huomioi esimerkiksi puutteellisen hoidon takia saman vaivan takia palaavia potilaita.

Eri tuottavuuden mittaamiskeinoja yhdistää ongelma siitä, mitä tulisi mitata. Parantunut tai heikentynyt tuottavuus ei kerro itsessään muuta kuin käytettyjen tuotantotekijöiden ja tuotettujen suoritteiden suhdetta. Erikoissairaanhoidossa tuloksellisuus eli tuottavuuden, vaikuttavuuden, laadun ja kustannustehokkuuden yhdistelmä on se yläkäsite, jolla pystytään maksimoimaan yhteiskunnan saavuttama hyöty. Tuottavuuden mittaamisessa käytetyt keinot eivät tyypillisesti huomioi vaikutuksia hoidon vaikuttavuuteen, laatuun tai kustannustehokkuuteen. Erikoissairaanhoidon tuottavuutta mitattaessa optimaalinen tuotoksen mittayksikkö on sellainen, joka tukee tuloksellisuuden mittausta. Esimerkiksi tuotoksen mittayksikkö, joka huomioi myös hoidon laadun osana tuottavuuslaskentaa tukee tuloksellisuuden mittausta, koska se huomioi myös hoidon vaikuttavuuteen vaikuttavia tekijöitä.

3. Tutkimusmenetelmä ja – aineisto

Tässä luvussa käydään läpi tutkimuksen metodologia ja tutkimusmenetelmät, monitapaustutkimuksen aineiston keräys sekä miten aineisto on analysoitu. Luku jakaantuu kolmeen alalukuun. Ensin käydään läpi tutkimuksen metodologia ja tutkimusmenetelmä sekä miksi niihin päädyttiin. Toisessa alaluvussa käydään läpi, miten tutkimuksen aineisto on kerätty. Kolmannessa alaluvussa käsitellään, miten aineisto on analysoitu ja mitä heikkouksia aineistossa on.

3.1 Tutkimusmenetelmä ja sen perustelu

Tutkimus toteutetaan laadullisena monitapaustutkimuksena, jonka metodologiassa on sekä eksploraatiivisia että eksplanatorisia piirteitä. Tutkimuksessa pyritään luomaan tietoa tutkimuksen aiheesta useita eri aineistoja yhdistelemällä.

Eksploraatiivisessa tutkimuksessa tutkimusalue on ennestään heikosti tunnettu ja sen tarkoituksena on kartoittaa aihetta. Tarkoituksena ei ole tuottaa tilastollisesti yleistettäviä tutkimustuloksia. Aiheen kartoituksen pohjalta pyritään kehittämään ideoita ja hypoteeseja ja/tai kehittämään uutta teoriaa jatkotutkimusta varten. (Scapens 1990.) Eksploraatiivistyyppinen tutkimusmetodologia sopii tähän tutkimukseen, koska olemassa oleva tutkimus sairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajarakenteesta on vähäistä. Valittu tutkimusmetodologia auttaa kartoittamaan tietoa ja ymmärtämään sairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajarakenteiden eroavaisuuksia sekä mahdollistaa tutkimushypoteesien luomisen jatkotutkimuksia varten aiheesta. Eksplanatorisessa tutkimuksessa pyritään etsimään syitä tietyille ilmiöille ja sitä kautta selittämään näiden ilmiöiden syy- ja seuraussuhteita. Siinä ei pyritä tuottamaan yleistyksiä vaan syväluotaavia havaintoja tutkimuskohteesta. (Scapens 1990.) Tutkimuksen metodologia omaa sekä eksploraatiivisia että eksplanatorisia piirteitä. Tutkimuksessa selvitetään, *millainen tutkimuksessa mukana olevien sairaanhoitopiirien alueiden erikoissairaanhoidon palveluntuottajarakenne on*. Lisäksi tuodaan esille tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet palveluntuottajarakenteen muodostumiseen.

Laadullisten tutkimusmenetelmien käyttöä tässä tutkimuksessa puoltavat useat eri tekijät. Ensinnäkin laadullisten menetelmien käyttö tutkimusta tehdessä on perusteltua, jos tutkimuksen kohteena oleva ilmiö on heikosti tunnettu ja/tai kartoittamaton (Alasuutari 1999; 231). Toisekseen laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarkoituksena tuottaa tilastollisesta yleistettäviä havaintoja, vaan laadullisen tutkimuksen keskeisiksi havainnoiksi nousevat aineistosta tehtävien tulkintojen syvyys ja kestävyys (Eskola & Suoranta 2008; 67). Kolmantena laadullisten tutkimismenetelmien käyttöä puoltavana

tekijänä on laadullisen tutkimuksen aineiston keruu ja joustavuus tutkimuksen tehtävän asettelussa. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruu ja käsittely tapahtuvat yhtä aikaa, ja aineiston analyysi suuntaa lisääaineiston keruuta ja mahdollisesti muovaa tehtävän asettelua. Aineiston keruun myötä muovautuva tehtävän asettelua soveltuu kartoittavan tutkimuksen tekoon. (Hakala 2010; 18–19, 21–22.) Laadullisten tutkimusmenetelmien käyttöä tässä tutkimuksessa puolustaa niiden soveltuvuus tutkimuksen metodologiaan ja aineiston keräämistapaan. Ne mahdollistavat syvällisen havaintojen saannin aiheesta, joka on heikosti tunnettu, mikä vastaa tarkasti tämän tutkimuksen lähtötilannetta. Laadullisen tutkimuksen joustavuus aineiston keräämisen ja tutkimuksen tehtävänasettelun kanssa ovat olleet elinehto tutkimuksen etenemiselle.

Saarela-Kinnunen ja Eskola (2010; 198–199) pitävät monitapaustutkimusta lähestymistapana todellisuuden tutkimiseen, joka käyttää useita tiedonhankintamenetelmiä ja näin mahdollistaa kokonaisvaltaisemman ymmärryksen saamisen tutkimuksen kohteesta. Tapaustutkimukset soveltuvat erityisesti tutkimusalueisiin, joiden teoria on kehittymätöntä ja tapaustutkimus voi toimia esitutkimuksena kvantitatiiviselle tutkimukselle tai kehittää uutta teoriaa tutkimuksen aiheesta (Scapens 1990). Tapaustutkimus mahdollistaa myös kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen materiaalin yhdistämisen ja sille on tyypillistä useiden eri tiedonhankintamenetelmien käyttö (Eriksson & Kovalainen 2008; 127; Saarela-Kinnunen & Eskola 2010; 199). Monitapaustutkimus soveltuu tähän tutkimukseen, koska sen lähestymistapa mahdollistaa useiden tiedonhankintamenetelmien käytön, ja täten tukee tutkimuksen metodologiaa.

3.2 Tutkimusaineiston kerääminen

Tutkimusaineiston keräämisessä hyödynnettiin aineistotriangulaatiota. Sillä tarkoitetaan useamman eri aineiston yhdistelemistä keskenään (esimerkiksi tilastotietojen ja aikakauslehtiartikkeleiden).

Aineistotriangulaation avulla pyritään saavuttamaan tarkempi kuvaus tutkimuksen kohteesta. (Eskola & Suoranta 2008; 68–69.) Tässä tutkimuksessa aineistojen yhdistely on perusteltua, koska tutkimuksen päätutkimusaineistosta käy ilmi ainoastaan *millainen* erikoissairaanhoidon palveluntuottajarakenne on, mutta ei, *miksi* se on nykyisenkaltainen. Eri aineistoja yhdistelemällä pystytään esittämään syväluotaavia havaintoja aineistosta, jotka selittävät tekijöitä, joiden myötä nykyisenkaltainen palveluntuottajarakenne on syntynyt.

Tutkimuksen aineiston kerääminen aloitettiin tutkimalla mitä tietoa sairaanhoitopiireistä ja niiden jäsenkunnista on julkisesti saatavilla. Nämä julkiset aineistot käsittävät muun muassa

vuosikertomukset, tilinpäätökset, kokouspöytäkirjat ja talousarviot. Tarkoituksena oli saada kokonaiskuva siitä, mitä tietoa sairaanhoitopiireistä on julkisesti saatavilla ja voidaanko niiden pohjalta lähteä tutkimaan sairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajarakenteen muodostumista sekä oman sairaanhoitopiirin ulkopuolelta hankittujen erikoissairaanhoidon palveluiden vaikutusta sairaanhoitopiiriin ja sen alueen tuottavuuteen. Tutkimusaineistoa käsiteltiin laadulliselle tutkimukselle ominaiseen tapaan, analysoiden aineistoa samaan aikaan sen keräämisen kanssa. Tutkimusaineistoa kerättiin laajasti sairaanhoitopiirien omasta tuotannosta, toimintakustannuksista, ostopalveluista ja muille tuotetuista palveluista. Julkisesti saatavilla olevan tiedon määrä vaihteli merkittävästi sairaanhoitopiireittäin ja suuri osa tiedoista ei ole vertailukelpoisia keskenään. Lopputuloksena tässä vaiheessa tutkimusta oli, että julkisesti saatavilla oleva aineisto ei ole riittävä tutkimusta varten.

Aineiston keräämisen toisessa vaiheessa lähestyttiin kaikkia tutkimuksessa mukana olevia sairaanhoitopiirejä ja niiden edustajia. Heitä pyydettiin toimittamaan tutkimusta varten heidän sisäiset raportit asiakaspalveluiden ostoista, muiden palveluiden ostoista ja palveluiden myynnistä sairaanhoitopiirin jäsenkuntien ulkopuolelle. Tiedoista toivottiin käyvän ilmi mitä ostetaan ja keneltä ostetaan sekä mitä tuotetaan ja kenelle tuotetaan. Palvelutuotanto pyydettiin erottelemaan suoritteina (avohoitokäynnit, hoitopäivät ja leikkausten määrä). Tuotettujen ja ostettujen suoritteiden lisäksi pyydettiin toimittamaan tiedot vuokratyövoiman käytöstä sairaanhoitopiireissä. Tutkimusaineiston toisella keräyskierroksella päädyttiin samaan ongelmaan kuin ensimmäisessä vaiheessa. Sairaanhoitopiirien toimittamien aineistojen laajuus vaihteli sairaanhoitopiireittäin ja tietojen vertailukelpoisuus keskenään oli puutteellista. Vertailukelpoisuuden puutteet johtuvat sairaanhoitopiirien vaihtelevista raportointitavoista, joka heikentää määrällisen aineiston vertailukelpoisuutta.

Kolmannessa vaiheessa pyydettiin Terveiden- ja hyvinvoinnin laitokselta tilastoja erikoissairaanhoidon tuotannosta. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos ylläpitää tietokantaa erikoissairaanhoidon tuotannosta ja palveluntuottajista Suomessa. Aineisto on luonteeltaan poikkileikkausaineisto ja sitä päivitetään vuosittain. Tässä tutkielmassa käytetty aineisto käsittää vuonna 2013 Suomessa tuotetut erikoissairaanhoidon palvelut sairaanhoitopiirien alueittain, kunnittain ja palveluntuottajittain. Kaikki tiedot ovat eroteltavissa erikoisaloittain ja niistä käy ilmi hoitoa saaneiden potilaiden määrä. Erikoissairaanhoidon palveluiden tuotannon mittaamisessa käytetään DRG-pisteitä. Julkisten palveluntuottajien osalta aineisto kattaa erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnit ja päättyneet

hoitojaksot sairaanhoitopiirien sairaaloissa sekä erikoislääkärijohteisissa terveyskeskussairaaoloissa. Yksityisiltä palveluntuottajilta mukana ovat ainoastaan laitoshoidon erikoissairaanhoidon palvelut eli palvelut, jotka ovat tuotettu sairaalan vuodeosastolla. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 1507/2007; Tiedonkeruu 2015.)

Aineiston tiedot ovat tuotettu kertomalla kunkin DRG-ryhmän hoitojaksojen määrät palveluntuottajittain Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laskemilla DRG-painoilla, jotka ovat muokattu vastaamaan koko Suomen casemixiä. Palveluntuottajakohtaiset hoitojaksot ovat peräisin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämästä hoitoilmoitusjärjestelmästä.

Hoitoilmoitusjärjestelmään kerätään tiedot kaikista erikoissairaanhoidossa tuotetuista poliklinikkakäynneistä ja päättäneistä hoitojaksoista (Tiedonkeruu 2015). Tutkimusaineiston DRG-pisteiden kustannuspainojen laskemiseen käytetään Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tuottamia painotuskertoimia, koska painotuskertoimia ei ole saatavilla kaikista sairaanhoitopiireistä. (Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus vuoden 2014 kustannusten keruuohje (2015).)

Tutkimusaineistosta käyvät ilmi tuotetut DRG-pisteet, mutta ei DRG-pisteiden hintoja. Lisäksi tutkimusaineistosta käyvät ilmi ainoastaan tuotokset, mutta ei niiden tuottamiseen käytettyjä panoksia eli tutkimusaineisto ei kerro tuotettujen palveluiden kustannuksia.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimittaman tutkimusaineiston käsittelyn ja analysoinnin jälkeen palattiin julkisesti saatavilla olevien tietojen pariin. Julkisesti saatavilla olevista materiaaleista etsittiin selittäviä tekijöitä muusta tutkimusaineistosta tehdyille löydöille. Kerätty aineisto kattaa muun muassa kokouspöytäkirjoja, tilinpäätöksiä, tasekirjoja, talousarvioita, kuntien internetsivuilta saatavia tietoja ja eri lehdistä ilmestyneitä uutisia. Lisäksi hyödynnettiin Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tuottamaa sairastavuusindeksiä tutkimusaineiston analysoimiseksi.

3.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimusaineiston analysointi on jaettu tutkimuksessa kahteen osaan. Viidennessä luvussa käydään läpi tutkimuksen tulokset sairaanhoitopiireittäin ja esitetään mahdollisia syitä tehdyille löydöksille. Kuudennessa luvussa esitetään tutkimustulosten pohjalta tehdyt tärkeimmät löydökset ja niiden pohjalta tehtävät johtopäätökset, esitetään löydetty puutteet erikoissairaanhoidosta olemassa olevista tiedoista, käydään läpi tutkimusaineistojen käyttökelpoisuutta päätöksenteon apuvälineenä ja esitetään jatkotutkimusideoita. Tutkimustulokset käsitellään laajasti viidennessä luvussa, jotta lukijalla on mahdollisuus omien johtopäätösten tekoon ja niiden reflektointiin kuudennessa luvussa esitettyihin

johtopäätöksiin. Kaikki tutkimustulokset esitetään absoluuttisina lukuina ja tärkeimmät tulokset myös suhteellisina lukuina, jotta lukija pystyy hahmottamaan kokoluokat eri palveluntuottajien ja sairaanhoitopiirien alueiden sekä kuntien välillä.

Tutkimusaineiston analysoimiseksi käytetään aineistolähtöistä analyysiä, jossa teoriaa rakennetaan empiirisen aineiston pohjalta. Aineistolle ei ole asetettu ennalta hypoteeseja eli tutkimusaineistoa on lähdetty analysoimaan ilman ennakko-oletuksia tutkimuksen tuloksista. On kuitenkin huomioitava, että tutkijan havainnot voivat olla latautuneita hänen aikaisemmilla kokemuksillaan tutkimuksen aiheesta. (Eskola & Suoranta 2008; 19.)

Tutkimusaineiston käytännön analysointityö alkoi järjestelemällä tutkimusdata sairaanhoitopiirien alueittain, kunnittain ja palveluntuottajittain. Tämän jälkeen dataa edelleen käsiteltiin jakamalla sairaanhoitopiirien alueet ja kunnat toimeksiantajan pyytämän jaottelun mukaan eri palveluntuottajaluokkiin niiden ominaispiirteiden mukaan. Palveluntuottajaluokat ovat: sairaanhoitopiiriin kuuluvat sairaalat, sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevat muut julkiset toimijat, yksityiset palveluntuottajat, muiden sairaanhoitopiirien palveluntuottajat ja muiden sairaanhoitopiirien muut julkiset toimijat. Tämän jaottelun pohjalta, käydään ensin läpi tutkimustulokset tutkimuksessa mukana olevien sairaanhoitopiirien välillä, jotta saadaan kokonaiskuva palveluntuottajarakenteesta sairaanhoitopiirien alueilla. Tämän jälkeen analyysiä syvennetään kuntatasolle tutkimuksessa mukana olevien sairaanhoitopiirien alueilla. Tutkimustuloksissa nostetaan esille poikkeavia palveluntuottajarakenteita sekä sairaanhoitopiirien aluekohtaisella- että kuntatasolla. Tutkimustulosten analyysi tässä vaiheessa käsittelee sairaanhoitopiirien ja niiden jäsenkuntien asukkaiden erikoissairaanhoidon palveluntuottajien rakennetta. Palveluntuottajarakenteen selvittämisen jälkeen perehdyttiin tutkimuksen sairaanhoitopiirien muille sairaanhoitopiireille tuottamien palveluiden määrään ja laatuun. Lopuksi tutkimusaineiston pohjalta muodostetaan taulukointi Suomen sairaanhoitopiirien alueiden erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä, tarpeesta ja niiden eroavaisuuksista.

4. Case-esittely

Aalto-yliopiston tunnuslukuprojektin tavoitteena on verrata kansallisten sosiaali- ja terveystalouden toimintaa kansainvälisiin toimijoihin, optimoida työprosesseja ja etsiä kustannustehokkaita käytäntöjä. Lisäksi tunnuslukuprojektin tehtävänä on kehittää tunnuslukuihin perustuva mittaristo, jota sairaanhoitopiirit voivat hyödyntää alueellisen palvelutuotannon ja tehokkuuden havainnollistamiseksi. Mittaristoa hyödynnetään palveluiden ja tilaratkaisujen suunnittelussa. (Kinnula et al. 2014a).

Tunnuslukuprojekti on saanut alkunsa tarpeesta tehostaa kuntasektoria ja etenkin sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Sairaanhoitopiirien konseptisuunnittelussa on Suomessa puutteita, ja sairaanhoitopiirien mitoitus on rakennusten kuin henkilökunnankin osalta eivät ole optimaalisia. Sairaanhoidon palvelutuotannosta puuttuu taloudellinen ajattelu, joka aiheuttaa tehottomuutta palvelutuotannossa. Tunnuslukuprojekti toteutetaan yhdessä Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulun laskentatoimen laitoksen, Taiteiden ja suunnittelun korkeakoulun Sotera-instituutin ja yhdeksän sairaanhoitopiirin kesken. (Kinnula et al. 2014a).

Tämä tutkimus tehdään Aalto-yliopiston Tunnuslukuprojektin tutkijoiden pyynnöstä tukemaan heidän omaa työtään Tunnuslukuprojektin kanssa. Tutkimuksessa selvitetään kahdeksan Tunnuslukuprojektissa mukana olevan sairaanhoitopiirin ja niiden jäsenkuntien palveluntuottajarakennetta. Lisäksi erikoissairaanhoidon palvelutuotannon tuotosten määrää verrataan sairaanhoitopiirien väestöpohjaan. Tutkimuksessa mukana olevat sairaanhoitopiirit ovat Etelä-Pohjanmaa, Etelä-Savo, Kanta-Häme, Keski-Suomi, Kymenlaakso, Pirkanmaa, Pohjois-Pohjanmaa ja Vaasa. Seuraavissa alaluvuissa käydään läpi kunkin sairaanhoitopiirin avaintunnusluvut.

4.1 Sairaanhoitopiirit

Sairaanhoitopiiri (Rahamääräiset luvut M€)	Asukasluvut	Koko henkilökunta/ hoitava henkilökunta	Henkilötyö- vuodet (Kaikki/ hoitava)	Toiminta- tuotot	Myynti- tuotot	Toiminta- kulut	Henkilöstö- kulut
Etelä-Savo	103 873	1 545 / 1 254	- / -	160,4	151,8	156,1	79,9
Kanta-Häme	175 350	- / -	1 985 / 1 082	206,4	195,7	198,3	101,4
Keski-Suomi	251 178	3 800 / 2 667	2 797 / -	360,6	-	350,7	190,3
Kymenlaakso	172 908	2 056 / 1 633	- / -	228,6	216,2	222,6	105,1
Pirkanmaa	524 447	5 950 / 4 679	- / -	742,1	614,2	679,9	346,2
Pohjois- Pohjanmaa	405 635	5 816 / 4 697	4 700 / 3 783	572,2	518,8	556,5	332,4
Vaasa	169 652	2 436 / -	1 747 / 1 346	233,7	211,9	218,2	116,2

Taulukko 1. Avaintunnusluvut tutkimuksessa mukana olevien sairaanhoitopiirien taloudesta

Yllä olevaan taulukkoon 1 on kerätty tiivistetysti tietoja kunkin sairaanhoitopiirin taloudellisesta toiminnasta ja toiminnan laajuudesta. Kaikkia tietoja ei ole saatavissa kaikista sairaanhoitopiireistä ja puuttuvien tietojen kohdalle on merkitty viiva. Tarkempaa tietoa sairaanhoitopiirien toiminnasta löytyy niille omistetuista alaluvuista. Hoitava henkilökunta viittaa lääkäreihin, hoitohenkilöstöön, hoitoa avustavaan henkilöstöön ja tutkimushenkilöstöön (tästä eteenpäin hoitava henkilökunta sisältää kaikki hoitotoimenpiteisiin osallistuvat henkilöstön jäsenet, kuten lääkärit, sairaanhoitajat, lähihoitajat ja sosiaalityöntekijät). Kaikki tiedot ovat vuodelta 2014 ja kerätty kunkin sairaanhoitopiirin julkaisemista materiaaleista. Lähteet erotellaan tarkemmin kunkin alaluvun kohdalla. Sairaanhoitopiirien asukasluvut ovat peräisin kuntaliiton internet-sivulta ja ovat vuodelta 2014. Asukasluvut ja sijainnit kaikista Manner-Suomen sairaanhoitopiireistä löytyvät liitteestä 3.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluu 18 Etelä-Pohjanmaan maakuntaan kuuluvaa kuntaa ja yksi Pohjanmaan maakuntaan kuuluva kunta. Se kuuluu Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen ja sen kuntien alueilla on asukkaita 198 242. Sairaanhoitopiiriin erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan Seinäjoen keskussairaalassa ja Ähtärin sairaalassa. Sairaanhoitopiiriin oma erikoissairaanhoidon palveluiden tuotanto Ähtärin sairaala päätettiin lopettaa ja erikoissairaanhoidon tuotantovastuu siirtyi Seinäjoen keskussairaalalle kesäkuussa 2016. Sairaanhoitopiiriin oma tuotanto kattaa 86,4 prosenttia alueensa erikoissairaanhoidon tarpeesta ja muita merkittäviä tuottajia alueella ovat Tampereen yliopistollinen sairaala 5,5 prosentin osuudella ja Tays Sydänkeskus Oy 2,1 prosentin osuudellansa. Työntekijöitä vuoden 2014 lopussa oli 3 459 henkeä,

joista lääkäreitä, hoitohenkilöstöä ja hoitoa avustavaa henkilöstä 2 779 henkeä. Henkilöstön määrä henkilötyövuosina oli 3 016 ja hoitohenkilöstön määrä 2 488 henkilötyövuotta. Toimintatuotot olivat 282,5 miljoonaa euroa, joista myyntituottojen osuus oli 271,8 miljoonaa euroa. Toimintakulut olivat 273,8 miljoonaa euroa, joista henkilöstökulujen osuus 160,8 miljoonaa euroa. (Henkilöstökertomus 2014 (2015a); Koivuranta-Vaara & Sjöholm 2015; Leiwo 2016; Soininen 2015; Vuosikertomus 2014 (2015).)

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri

Etelä-Savon maakunnan länsiosan erikoissairaanhoidosta vastaa Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, joka kuuluu Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen. Se on pienin tutkimuksessa mukana olevista sairaanhoitopiireistä. Kuntayhtymän omistaa maakunnan yhdeksän jäsenkuntaa ja niiden alueella on asukkaita 103 873. Sairaanhoitopiirin tuottaa oman erikoissairaanhoidon tuotantonsa Mikkelin keskussairaalassa ja Moision sairaalassa ja sen tuotanto palvelee pitkälti jäsenkuntiensa asukkaita. Oma palvelutuotanto vastaa 78,6 prosenttia alueen erikoissairaanhoidon tarpeesta ja muut tärkeimmät palveluntuottajat ovat Kuopion yliopistollinen sairaala 8,6 prosentin osuudella ja Pieksämäen terveyskeskus 8,0 prosentin osuudella. Työntekijöitä vuoden 2014 lopussa oli 1 545 henkeä, joista hoitavaa henkilökuntaa 1 254 henkeä. Toimintatuotot olivat 160,4 miljoonaa euroa, joista myyntituotot jäsenkunnilta olivat 137,1 miljoonaa euroa ja myyntituotot muilta 14,7 miljoonaa euroa. Toimintakulut olivat 156,1 miljoonaa euroa, joista henkilöstökulujen osuus 79,9 miljoonaa euroa. (Koivuranta-Vaara & Sjöholm 2015; Tilinpäätös ja tasekirja 2014 (2015).)

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin kuuluu Kanta-Hämeen maakunnan 11 kuntaa ja se kuuluu Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen. Sairaanhoitopiiri palvelee pääasiassa sen 175 350 jäsenkuntansa asukasta. Sairaanhoitopiiri tuottaa omat erikoissairaanhoidon palvelunsa Kanta-Hämeen keskussairaalassa, joka jakautuu Riihimäen ja Hämeenlinnan yksiköihin. Ne muodostavat 71,6 prosenttia jäsenkuntien asukkaiden erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä DRG-pisteillä mitattuna. Forssan seudun terveyskeskus vastaa 13,0 prosentista kuntien asukkaiden erikoissairaanhoidon tarpeesta ja Tampereen yliopistollinen keskussairaala 7,2 prosentista. Sairaanhoitopiirin jäsenkuntien ulkopuolelle myytävät palvelut muodostavat 2,5 prosenttia sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tuotannosta. Henkilötyövuosien määrä oli 1 985, joista hoitavan henkilökunnan osuus 1 082

henkilötyövuotta. Sairaanhoitopiirin toimintatulot olivat 206,4 miljoonaa euroa, joista myyntituloja oli 195,7 miljoonaa euroa. Toimintamenot olivat 198,3 miljoonaa euroa, joista henkilöstömenojen osuus 101,4 miljoonaa euroa. (Henkilöstökertomus 2014 (2015b); Koivuranta-Vaara & Sjöholm 2015; Tasekirja 2014 (2015).)

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin kuuluu 21 kuntaa Keski-Suomen maakunnasta ja se kuuluu Kuopion yliopistollisen keskussairaalaan erityisvastuualueeseen. Asukkaita sairaanhoitopiirin kunnissa vuoden 2014 lopussa oli 251 178 henkeä. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan Keski-Suomen keskussairaalassa ja Kangasvuoren sekä Juurikkaniemen psykiatrisissa sairaaloissa. Sairaanhoitopiirin oma tuotanto muodostaa 89,1 prosenttia alueen kuntien erikoissairaanhoidon tarpeesta ja Kuopion yliopistollinen sairaala 5,5 prosenttia. Oman sairaanhoitopiirin ulkopuolelle myytävät palvelut muodostavat 3,8 prosenttia sairaanhoitopiirissä tuotetuista DRG-pisteistä. Työntekijöitä vuonna 2014 oli 3 800 henkeä, joista hoitavaa henkilökuntaa 2 667 henkeä. Henkilötyövuosien määrä oli 2 797. Toimintatuotot olivat 360,6 miljoonaa euroa, joista sairaanhoidon tulojen osuus 325,6 miljoonaa euroa. Jäsenkuntien sairaanhoidon ostot olivat 279,8 miljoonaa euroa. Toimintamenot olivat 350,7 miljoonaa euroa, joista henkilöstökulujen osuus oli 190,3 miljoonaa euroa. (Koivuranta-Vaara & Sjöholm 2015; Taskutietoa 2015.)

Kymenlaakson sairaanhoitopiiri

Kymenlaakson sairaanhoitopiirin kuntayhtymän omistaa kuusi kuntaa Kymenlaakson maakunnasta ja se kuuluu Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueeseen. Asukkaita kuntien alueella vuoden 2014 lopussa oli 172 908. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan Kymenlaakson keskussairaalassa ja Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa, jotka vastaavat 62 prosentista alueen jäsenkuntien erikoissairaanhoidon käytöstä. Muita tärkeitä tuottajia ovat Kouvolan terveystakeskus 24 prosentin osuudella ja Helsingin yliopistollinen sairaala 9,8 prosentin osuudella. Oman sairaanhoitopiirin jäsenkuntien ulkopuolelle kohdistuva palvelutuotanto muodostaa 2,4 prosenttia kokonaistuotannosta DRG-pisteissä mitattuna. Vuonna 2014 työntekijöitä sairaanhoitopiirissä oli 2 056 henkeä, joista hoitavaa henkilökuntaa 1 633 henkeä. Toimintatuotot olivat 228,6 miljoonaa euroa ja myyntituottojen osuus 216,2 miljoonaa euroa, joka muodostuu lähes kokonaisuudessaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien ostoista. Toimintakulut olivat 222,6 miljoonaa

euroa, joista henkilöstökulujen osuus 105,1 miljoonaa euroa. (Carea vuosikertomus 2014 (2015); Koivuranta-Vaara & Sjöholm 2015.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri muodostuu Pirkanmaan maakunnan kunnista Punkalaidunta lukuun ottamatta. Kuntia siihen kuuluu yhteensä 23 ja asukkaita kuntien alueilla oli 524 447 henkeä. Se kuuluu Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen, joka palvelee vaativimmissa erikoissairaanhoidon palveluissa yli 1,1 miljoonaa kansalaista. Tampereen yliopistollinen sairaala tuottaa jäsenkuntien erikoissairaanhoidon tarpeesta 61,9 prosenttia, Valkeakosken sairaala 7,0 prosenttia ja Vammalan aluesairaala 4,8 prosenttia. Sairaanhoitopiirin palvelun tuotanto poikkeaa muista tutkimuksessa mukana olevista sairaanhoitopiireistä, koska osan sen palveluista tuottaa kuntayhtymän osittain omistama Tekonivelsairaala Coxa Oy (3,1%) ja Tampereen yliopistollisen sairaalan omistama Tays Sydänsairaala (Tays sydänkeskus Oy) (7,0%). Työntekijöitä sairaanhoitopiirillä oli 5 950 henkeä, joista hoitavaa henkilökuntaa 4 679 henkeä. Sairaanhoitopiirin toimintatuotot olivat 742,1 miljoonaa euroa, joista myyntiä jäsenkunnille oli 524,6 miljoonaa euroa ja myyntiä ulkokunnille oli 89,6 miljoonaa euroa. Toimintakulut olivat 679,9 miljoonaa euroa, joista henkilöstökuluja 346,2 miljoonaa euroa. (Koivuranta-Vaara & Sjöholm 2015; Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tilinpäätös ja toimintakertomus 2014 (2015).)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluu 28 kuntaa Pohjois-Pohjanmaan maakunnasta ja yksi Kainuun maakunnasta. Oulun yliopistollisen sairaalaa sijaitsee sairaanhoitopiirin alueella ja sairaanhoitopiiri kuuluu sen erityisvastuualueeseen. Oulun yliopistollinen sairaala vastaa koko Pohjois-Suomen vaativimpien erikoissairaanhoidon palveluiden tuotannosta. Sairaanhoitopiirien kuntien asukasmäärä vuoden 2014 lopussa oli 405 635 tehden siitä tutkimuksen toiseksi suurimman sairaanhoitopiirin. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan Oulun yliopistollisessa sairaalassa 76,5 prosentin osuudella jäsenkuntien kokonaiskäytöstä, Oulaskankaan sairaalassa 6,3 prosentin osuudella ja Visalan sairaalassa 1,9 prosentin osuudella. Muita merkittäviä toimijoita erikoissairaanhoidon palveluntuottajia ovat Oulun terveystieteiden tutkimuskeskus 3,7 prosentin osuudella ja Raahen sairaala 5,7 prosentin osuudella. Vuoden 2014 lopussa sairaanhoitopiirissä työskenteli 5 816 henkeä, joista hoitavaa henkilökuntaa oli 4 697 henkeä. Henkilötyövuosina mitattuna luvut olivat 4 700 ja 3 783 henkilötyövuotta. Sairaanhoitopiirin toimintatuotot olivat 572,2 miljoonaa euroa, joista

myyntituottoja 518,8 miljoonaa euroa. Myyntituottoja jäsenkunnilta tuli 366,9 miljoonaa euroa ja hoitovastuualueiden sairaanhoitopiireiltä 57,6 miljoonaa euroa. Toimintakulut olivat 556,5 miljoonaa euroa, joista henkilöstökuluja 332,4 miljoonaa euroa. (Koivuranta-Vaara & Sjöholm 2015, PPSHP henkilöstökertomus 2014 (2015); PPSHP tilinpäätös 2014 (2015).)

Vaasan sairaanhoitopiiri

Vaasan sairaanhoitopiiri kuntayhtymän omistaa 13 kuntaa Pohjanmaan maakunnasta ja se kuuluu Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueeseen. Sairaanhoitopiiriin kuuluvat kunnat ovat Pohjanmaan rannikkoalueen kaksikielisiä kuntia ja niiden väestömäärä on 169 652 asukasta. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tuottaa erikoissairaanhoidon palveluita tietyillä erikoisaloilla myös naapurisairaanhoitopiireille. Sen väestö jakautuu äidinkiellensä perusteella ruotsinkielisiin (51 %), suomenkielisiin (45 %) ja muun kielisiin (4 %). Sairaanhoitopiirin henkilökunta on kaksikielistä ja henkilökunnalle järjestetään kielikursseja, jotta he pystyvät palvelemaan potilaitaan heidän äidinkielellään. (Koivuranta-Vaara & Sjöholm 2015; Vaasan keskussairaalan yleisesite.).

Vaasan sairaanhoitopiirin omat erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan Vaasan keskussairaалassa, joka muodostaa 70 prosenttia sairaanhoitopiirin alueen erikoissairaanhoidon tarpeista. Muita tärkeitä tuottajia ovat Pietarsaaren sosiaali- ja terveystarasto 17 prosentin osuudellaan ja Tampereen yliopistollinen sairaala 4,5 prosentin osuudellaan. Sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon tuotannosta sen omien kuntalaisten käyttämiä ovat 96 prosenttia palveluista. Sairaanhoitopiirin työntekijöiden määrä oli vuoden 2014 lopussa 2 436 henkeä ja henkilötyövuosien määrä 1 747, joista hoitavan henkilökunnan oli osuus 1 346 vuotta. Toimintatuotot olivat 233,7 miljoonaa euroa, myyntituotot jäsenkunnilta 202,5 miljoonaa euroa ja myyntituotot muilta sairaanhoitopiireiltä 9,4 miljoonaa. Toimintakulut olivat 218,2 miljoonaa euroa, joista henkilöstökulujen osuus 116,2 miljoonaa euroa. (Vaasan sairaanhoitopiirin toimintakertomus 2014 (2015).)

5. Empiiriset tulokset

Tässä luvussa käsitellään sairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajarakenteen eroja ja nostetaan esille yksittäisiä palveluntuottajia, jotka muodostavat merkittävän osan palveluntuottajalajinsa palvelutuotannosta. Eroavaisuuksien syistä sairaanhoitopiirien alueiden palvelutuotantorakenteessa esitetään esimerkkejä ja tarkempia syitä käsitellään jokaisen sairaanhoitopiirin omassa alaluvussa. Tutkimuksen aineisto käydään läpi ensin vertaamalla sairaanhoitopiirien alueita keskenään, sen jälkeen käydään sairaanhoitopiirit läpi jäsenkuntineen, sitten käydään läpi sairaanhoitopiirien muille tuottama tuotanto ja lopuksi vertaillaan sairaanhoitopiirien alueiden palveluiden käytön DRG-pisteiden määrää sairaanhoitopiirien asukaspohtaan. Yksityinen tuotanto on erotettu omaksi alaluvukseen, koska sen käsittely on hedelmällisempää sairaanhoitopiirien aluetasolla johtuen sen pienestä osuudesta sairaanhoitopiirien alueiden kokonaispalvelutuotannosta. Kaikkien sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon tarvetta kuvataan tässä tutkimuksessa DRG-pistein, jotka kuvaavat erikoissairaanhoidon käyttöä kohdekunnissa ja – sairaanhoitopiirien alueilla. DRG-pisteiden määrä ei kuvasta tuotetuista palveluista syntyneitä kustannuksia, koska DRG-pisteiden hinnat vaihtelevat palveluntuottajittain. Tässä luvussa käytetyt kuntien asukasluvut ovat haettu väestörekisterikeskuksen väestötietojärjestelmästä, jollei toisin mainita (Asukasluvut 2015).

5.1 Kaikki sairaanhoitopiirit

Tutkimuksessa mukana olevat sairaanhoitopiirit poikkeavat huomattavasti kooltansa ja vastuultansa. Suurimpia ovat Pirkanmaa ja Pohjois-Pohjanmaa, joilla on omat yliopistolliset sairaalansa ja erityisvastuualueensa. Muut mukana olevat sairaanhoitopiirit ovat niin sanottuja keskussairaalasairanhoitopiirejä, josta syystä ne ovat kooltansa pienempiä ja niissä ei tuoteta kaikkein vaativimpia erikoissairaanhoidon palveluita, joista vastaavat erityisvastuualueiden yliopistolliset sairaalat.

Sairaanhoitopiiri/ tuottaja	SHP	SHP julk.	Yksityiset	Muut SHP:t	Muut SHP:t julk.	Yhteensä
Etelä-Pohjanmaa	265 887	-	10 584	31 278	146	307 895
	86 %	0 %	3 %	10 %	0 %	100 %
Etelä-Savo	156 471	15 956	1 663	23 892	1 106	199 087
	79 %	8 %	1 %	12 %	1 %	100 %
Kanta-Häme	220 741	40 026	11 488	35 452	205	307 912
	72 %	13 %	4 %	12 %	0 %	100 %
Keski-Suomi	369 083	-	8 628	35 949	160	413 821
	89 %	0 %	2 %	9 %	0 %	100 %
Kymenlaakso	186 703	74 190	5 195	33 656	64	299 808
	62 %	25 %	2 %	11 %	0 %	100 %
Pirkanmaa	647 579	94 380	110 175	26 324	477	878 936
	74 %	11 %	13 %	3 %	0 %	100 %
Pohjois-Pohjanmaa	525 354	58 144	10 205	25 818	236	619 757
	85 %	9 %	2 %	4 %	0 %	100 %
Vaasa	197 232	48 390	4 831	31 486	109	282 048
	70 %	17 %	2 %	11 %	0 %	100 %
Kaikki sairaanhoitopiirit	2 569 050	331 087	162 769	243 855	2 503	3 309 264
	78 %	10 %	5 %	7 %	0 %	100 %

Taulukko 2. Palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirien alueiden jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina

Taulukossa kaksi on eroteltuna sairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajarakenne osuuksittain viiteen eri luokkaan: sairaanhoitopiirin oma, sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevien julkisten toimijoiden, yksityisten palveluntuottajien, muiden sairaanhoitopiirien ja muiden sairaanhoitopiirien alueella sijaitsevien julkisten toimijoiden tuotanto. Vaakariveiltä käy ilmi luokkakohtainen tuotanto sekä absoluuttisina arvoina että suhteellisina osuuksina. Sairaanhoitopiirikohtaiset taulukot noudattavat samaa logiikkaa.

Oman sairaanhoitopiirin tuotannon osuus kaikista palveluntuottajista vaihtelee Keski-Suomen sairaanhoitopiirin 89 prosentista Kymenlaakson 62 prosenttiin, keskiarvon ollessa 78 prosenttia. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kohdalla oman tuotannon korkeaa osuutta voi osaltaan selittää keskimääräistä alhaisempi somaattisen sairaanhoidon kysyntä ja keskussairaalan koko, joka on Suomen suurin keskussairaala (Häkkinen 2015; Tules-tutkimus 2015). Erityisvastuualueiden sairaanhoitopiireistä Pohjois-Pohjanmaan oman palvelutuotannon osuus on 85 prosenttia ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella ainoastaan 70 prosenttia. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen alhaisen oman palvelutuotannon osuuden osaltaan selittää kuntayhtymän osittain/kokonaan omistamat

osakeyhtiöt, jotka tuottavat 10 prosenttia sairaanhoitopiirin jäsenkuntien asukkaiden käyttämistä erikoissairaanhoidon palveluista. Vaasan, Kymenlaakson ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirien alhaista oman palvelutuotannon osuutta selittävät niiden palveluhankinta oman alueensa muilta julkisilta toimijoilta.

Oman sairaanhoitopiirin alueen julkisilta toimijoilta, yleensä terveyskeskuksilta, hankituissa palveluissa erot sairaanhoitopiirien alueiden kohdalla ovat suuret ja kuvastavat vastuunjakoa erikoissairaanhoidon palvelutuotannossa. Muilta julkisilta palveluntuottajilta ostetut palvelut vaihtelevat Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirien alueiden nollasta prosentista Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueen 25 prosenttiin. Erikoissairaanhoidolaissa (1.12.1989/1062 3 §) määritetään kunnan vastuulle erikoissairaanhoidon palveluiden järjestäminen asukkaillaan ja että jokaisen kunnan tulee kuulua sairaanhoitopiiriin, joka vastaa alueensa kuntien asukkaiden erikoissairaanhoidosta. Kunnilla ei kuitenkaan ole velvollisuutta hankkia erikoissairaanhoidon palveluitansa omalta sairaanhoitopiiriltänsä, mikä selittää merkittäviä eroja erikoissairaanhoidon järjestämisessä. Erot kuntatasolla ovat suurempia kuin sairaanhoitopiirien alueiden tasolla, koska tyypillisesti vain osa sairaanhoitopiirin jäsenkunnista käyttää merkittävässä määrin oman sairaanhoitopiirinsä alueen muita julkisia palveluntuottajia.

Yksityisten palveluntuottajien käyttö tutkimuksen sairaanhoitopiirien alueilla erikoissairaanhoidon järjestämiseen on pääasiassa vähäistä. Kaikkien sairaanhoitopiirien alueilla (Pirkanmaata lukuun ottamatta) yksityisten palveluntuottajien määrä jää neljään prosenttiin tai sen alle. Pirkanmaa muodostaa poikkeuksen kahdesta syystä. Osa sen erikoissairaanhoidon tuotannosta on yhtiötetty, josta syystä sieltä hankitut palvelut näyttäytyvät datassa yksityisiltä palveluntuottajilta ostettuina. Toinen syy on Jämsän terveysasema ulkoistaminen, mistä johtuen siellä tuotetut erikoissairaanhoidon palvelut näkyvät datassa yksityisiltä tuottajilta ostettuina. Edellä mainitut yhtiöt pidetään yksityisten palveluntuottajien kategoriassa, koska niiden toimintalogiikka ja/tai omistuspohja poikkeaa julkisista toimijoista.

Sairanhoitopiirien ja niiden jäsenkuntien ostot muista sairaanhoitopiireistä jakautuvat kahteen kategoriaan. Erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirit (Pirkanmaa ja Pohjois-Pohjanmaa) ja niiden jäsenkunnat hankkivat muilta sairaanhoitopiireiltä ainoastaan kolmesta neljään prosenttia erikoissairaanhoidon tarpeestaan. Muiden eli keskussairaalasairanhoitopiirien ja niiden jäsenkuntien erikoissairaanhoidon palveluiden hankinta vaihtelee yhdeksän ja kahdentoista prosentin välillä.

Sairaanhoitopiirien alueiden eroa selittää valtaosin Suomen erikoissairaanhoidon järjestämistapa, jossa kaikkein vaativin erikoissairaanhoito on keskitetty yliopistosairaaloihin. Täten yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiirien ja niiden jäsenkuntien hankinta muista sairaanhoitopiireistä on luonnollisesti vähäisempää. Muista sairaanhoitopiireistä hankitut erikoissairaanhoidon palvelut eivät kuitenkaan rajoitu ainoastaan hankintaan yliopistosairaaloista vaan myös naapurisairaanhoitopiirien keskussairaaloista hankitaan erikoissairaanhoidon palveluita.

Erikoissairaanhoidon palveluiden hankinta muiden sairaanhoitopiirien julkisilta toimijoilta on tutkimuksessa mukana olevien sairaanhoitopiirien ja niiden jäsenkuntien osalta likipitään olematonta. Hienoisena poikkeuksena joukosta erottuu Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alue, jonka erikoissairaanhoidon palveluista noin 0,6 prosenttia hankitaan muiden sairaanhoitopiirien julkisilta toimijoilta. Eron selittää Joroisten kunta, joka hankkii erikoissairaanhoidon palveluita Varkauden sosiaali- ja terveystalolta, joka sijaitsee Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella ja lähellä Joroisten kuntaa (Virkeänä vanhuuteen 2014; 5-6.).

5.2 Yksityiset palveluntuottajat

Tutkimuksessa mukana olevat sairaanhoitopiirit ja niiden jäsenkunnat hankkivat erikoissairaanhoidon palveluita yhteensä 50 eri yksityiseltä palveluntuottajalta. Monet näistä yksityisistä palveluntuottajista ovat osa suurempaa yritystä, joten todellinen tarjonta eri palveluntuottajista on matalampi. Kun palveluntuottajia arvioidaan omistuspohjansa mukaan, tippuu palveluntuottajien määrä 23:een. Taulukossa 3 yksityiset palveluntuottajat on eroteltu kuuteen suurimpaan ja loput yhdistetty muut kategoriaan. Pihlajalinnan omistuksessa ovat muun muassa Dextran toimipisteet, 51 prosenttia Jokilaakson sairaalasta ja Koskiklinikka joulukuussa 2015 tapahtuneen kaupan myötä (Jurvelin 2015). Mehiläisen ja Terveystalon kohdalla eri paikkakunnilla toimivat toimipisteet ovat netotettu. Mehiläisen ja Terveystalon yhdessä omistaman Sairaala Botnian tuotanto, on jaettu niille puoliksi. Coxa-nimitys viittaa Tekonivelsairaala Coxaan, jonka enemmistön omistaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Tays Sydänkeskus on sydänsairaala, josta enemmistön omistaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Se toimii Helsingissä ja Tampereella. Orton on Invalidisäätiön ortopediaan erikoistunut yksityissairaala.

SHP/tuottaja	Pihlajalinna	Mehiläinen	Terveystalo	Coxa	Tays Sydänkeskus	Orton	Muut	Kaikki tuottajat
Etelä-Pohjanmaa	117	99	674	1 428	6 321	192	1 753	10 584
	1 %	1 %	6 %	13 %	60 %	2 %	17 %	100 %
Etelä-Savo	9	39	654	25	15	503	418	1 663
	1 %	2 %	39 %	1 %	1 %	30 %	25 %	100 %
Kanta-Häme	127	1 283	807	1 546	6 170	1 055	500	11 488
	1 %	11 %	7 %	13 %	54 %	9 %	4 %	100 %
Keski-Suomi	3 417	810	2 616	389	709	171	516	8 628
	40 %	9 %	30 %	5 %	8 %	2 %	6 %	100 %
Kymenlaakso	111	715	1 256	22	42	1 179	1 870	5 195
	2 %	14 %	24 %	0 %	1 %	23 %	36 %	100 %
Pirkanmaa	17 322	1 525	1 999	27 038	61 705	183	404	110 175
	16 %	1 %	2 %	25 %	56 %	0 %	0 %	100 %
Pohjois-Pohjanmaa	390	510	8 697	160	18	104	327	10 205
	4 %	5 %	85 %	2 %	0 %	1 %	3 %	100 %
Vaasa	45	1 242	191	1 244	1 785	123	200	4 831
	1 %	26 %	4 %	26 %	37 %	3 %	4 %	100 %
Kaikki SHP:t	21 538	6 222	16 894	31 851	76 764	3 512	5 989	162 769
	13,2 %	3,8 %	10,4 %	19,6 %	47,2 %	2,2 %	3,7 %	100 %

Taulukko 3. Sairaanhoidopiirien ja niiden jäsenkuntien yksityisiltä palveluntuottajilta ostamat palvelut tuottajittain DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina

Taulukon kolme vaakariveiltä käy ilmi kunkin sairaanhoidopiirin ja niiden jäsenkuntien hankkimat erikoissairaanhoidon palvelut eri yksityisiltä palveluntuottajilta DRG-pisteissä mitattuna ja suhteellisina osuuksina. Esimerkiksi Kanta-Hämeen yksityisten palveluntuottajien käytöstä 11 prosenttia tuottaa Mehiläinen. Pystyriveistä puolestaan käy ilmi kunkin palveluntuottajan yksityisen palvelutuotannon osuudet eri sairaanhoidopiireissä DRG-pisteissä mitattuna, mutta ei suhteellisina lukuina.

SHP/tuottaja	Pihlajalinna	Mehiläinen	Terveystalo	Coxa	Tays Sydänkeskus	Orton	Muut
Etelä-Pohjanmaa	1 %	2 %	4 %	4 %	8 %	5 %	29 %
Etelä-Savo	0 %	1 %	4 %	0 %	0 %	14 %	7 %
Kanta-Häme	1 %	21 %	5 %	5 %	8 %	30 %	8 %
Keski-Suomi	16 %	13 %	15 %	1 %	1 %	5 %	9 %
Kymenlaakso	1 %	11 %	7 %	0 %	0 %	34 %	31 %
Pirkanmaa	80 %	25 %	12 %	85 %	80 %	5 %	7 %
Pohjois-Pohjanmaa	2 %	8 %	51 %	1 %	0 %	3 %	5 %
Vaasa	0 %	20 %	1 %	4 %	2 %	4 %	3 %
Kaikki SHP:t	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Taulukko 4. Sairaanhoidopiirien ja niiden jäsenkuntien yksityisiltä palveluntuottajilta ostamat palvelut tuottajittain suhteellisina osuuksina

Taulukossa neljä on eroteltuna yksityisten palveluntuottajien tuotannon osuudet kunkin sairaanhoidopiirin alueella. Esimerkiksi Pihlajalinnan tuotannosta 80 % tuotetaan Pirkanmaan sairaanhoidopiirin asukkaille.

Sairaanhoidopiirien käyttämiä yksityisiä palveluntuottajia dominoivat Tays Sydänkeskus (47,2 %) ja Tekonivelsairaala Coxa (19,6 %), jotka muodostavat 67 prosenttia yksityisten palveluntuottajien tuottamista DRG-pisteistä. Edellä mainitut palveluntuottajat ovat valtaosin julkisessa omistuksessa, vaikka toimivatkin yritysmuodossa. Yritysmuodossa toimiminen mahdollistaa muun muassa palvelutarjonnan myös yksityisille asiakkaille, jotka eivät ole saaneet lähetettä julkiselta puolelta. Lisäksi terveydenhuoltolaissa (30.12.2010/1326; 48 §) säädetään potilaan oikeudesta valita erikoissairaanhoidon hoitopaikkansa kiireettömässä hoidossa, yhdessä lähetteen tekevän lääkärin kanssa. Terveydenhuoltolain valinnanvapauslakia hyödyntääkseen Tays Sydänkeskus on avannut vastaanoton Helsinkiin houkutellakseen potilaita käyttämään heidän palveluitaan ja Tekonivelsairaala Coxa on mainostanut palveluitaan Helsingissä saadakseen kohderyhmän potilaat valitsemaan heidät hoitopaikakseen (Pihlava 2015). Tays Sydänkeskuksen ja Tekonivelsairaalan korkeaa osuutta selittää osaltaan myös potilaiden käyttämä valinnanvapaus.

Yksityisomisteisista yrityksistä kolmanneksi nousee Pihlajalinna 13,2 prosentin osuudellaan. Siltä hankituista DRG-pisteistä 35 prosenttia muodostuu yksityisomistuksessa olevilta palveluntuottajilta hankituista palveluista ja loput 65 prosenttia sen yhteisyrityksestä Jämsän kaupungin kanssa. Jämsän kaupunki ulkoisti neuvottelumenettelyllä tehtynä kilpailutuksena (kts. luku 4.2.1), laajamittaisesti perusterveydenhuollon ja aluesairaalatason erikoissairaanhoidon palveluiden tuotannon Jokilaakson

Terveys Oy:lle. Yhtiön omistus jakautuu 51 prosenttisesti Pihlajalinnalle ja loput Jämsän kunnalle sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiirille (Jauhiainen 2010; Yritys 2015). Keski-Suomen sairaanhoitopiirin mukanaolo selittyy sillä, että Jämsä kuului aikaisemmin Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin (Lajunen 2012). Pihlajalinna-konserniin kuuluvat yritykset tuottavat lähes yksinomaan erikoissairaanhoidon palveluita Pirkanmaan (80 %) ja Keski-Suomen (16 %) sairaanhoitopiirien jäsenkuntien asukkaille.

Terveystalo on tutkimuksen yksityisistä palveluntuottajista neljänneksi suurin 10,4 prosentin osuudellaan. Terveystalon palvelutuotanto on jakautunut 16 toimipisteeseen, joista suurimmat ovat Oulun (50 %), Tampereen (12 %) ja Jyväskylän (17 %) toimipisteet, jotka kattavat 79 prosenttia Terveystalon tuotannosta ja kahdeksan prosenttia koko tutkimuksen yksityisten palveluntuottajien palvelutuotannosta. Oulun suurta osuutta selittää Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin vuonna 2005 Oulun diakonissalaitoksen kanssa perustama yhteisyritys, joka perustettiin purkamaan leikkausjonoja (Lahti 2005). Terveystalo osti Oulun diakonissalaitoksen terveydenhoitopalvelut vuonna 2011 (Haapakoski 2011). Lisäksi vuonna 2012 sairaanhoitopiiri teki päätöksen eräiden poliklinikka-, leikkaus- ja vuodeosastopalvelujen ostamisesta Terveystalolta (Pöytäkirja 4/2012 (2012)).

Mehiläisen osuus tutkimuksen yksityisistä palveluntuottajista jää selkeästi aiemmin käsiteltyjä pienemmäksi, 3,8 prosenttiin. Sairaanhoitopiireistä esille nousevat Pirkanmaa (25 %), Kanta-Häme (21 %) ja Vaasa (20 %). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen korkea osuutta tuotannosta selittää sairaanhoitopiirin jäsenkuntien käyttämä erikoissairaanhoidon palveluseteli. Useat alueen kunnat ovat kilpailuttaneet yhdessä palvelusetelijärjestelmään mukaan pääsevät yksityiset palveluntuottajat. (Palveluseteli erikoissairaanhoidon palveluihin 2014.) Vaasan sairaanhoitopiirin tapauksessa ostoja Mehiläisestä osaltaan selittää sairaanhoitopiirin kirurgian ostopalvelujen lisäys johtuen ongelmista gastroenterologisessa kirurgiassa (Toimintakertomus 2013).

Orton ja muut yksityiset toimijat muodostavat 8,3 prosenttia sairaanhoitopiirien ja niiden jäsenkuntien palveluiden hankinnasta yksityisiltä palveluntuottajilta. Ortonista palveluita pääasiallisesti hankkivat Kymenlaakson (34 %) ja Kanta-Hämeen (30 %) sairaanhoitopiirit ja niiden jäsenkunnat. Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueen korkea osuutta selittää sen kuntayhtymän ostopalveluiden kohdistaminen Helsingin yliopistolliseen sairaalaan ja Ortoniin (Carea pähkinänkuoressa). Muiden yksityisten palveluntuottajien palvelutuotannon osuus jää pieneksi (6,1 %), koska ne ovat yksittäisiä toimijoita eli ne eivät ole osana suurempaa yritystä (kuten esimerkiksi Terveystalot).

5.3 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Kunta/tuottaja	SHP	SHP julk.	Yksityiset	Muut SHP:t	Muut SHP:t julk.	Yhteensä
Etelä-Pohjanmaa	265 887		10 584	31 278	146	307 895
	86 %	0 %	3 %	10 %	0 %	100 %
Alajärvi	14 659		512	1 754	3	16 929
	87 %	0 %	3 %	10 %	0 %	100 %
Alavus	13 814		384	2 218	1	16 417
	84 %	0 %	2 %	14 %	0 %	100 %
Evijärvi	3 691		201	822	17	4 732
	78 %	0 %	4 %	17 %	0 %	100 %
Ilmajoki	15 660		524	2 020	5	18 209
	86 %	0 %	3 %	11 %	0 %	100 %
Jalasjärvi	11 286		612	1 317	1	13 216
	85 %	0 %	5 %	10 %	0 %	100 %
Kauhajoki	19 098		990	1 680	8	21 776
	88 %	0 %	5 %	8 %	0 %	100 %
Kauhava	23 585		780	2 090	27	26 482
	89 %	0 %	3 %	8 %	0 %	100 %
Kurikka	18 908		795	2 814	21	22 539
	84 %	0 %	4 %	12 %	0 %	100 %
Lapua	20 404		781	2 395	1	23 581
	87 %	0 %	3 %	10 %	0 %	100 %
Seinäjoki	78 069		3 159	8 667	42	89 937
	87 %	0 %	4 %	10 %	0 %	100 %
Teuva	9 566		213	993	9	10 782
	89 %	0 %	2 %	9 %	0 %	100 %

Taulukko 5. Etelä-Pohjanmaan SHP:n alueen palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri muodostuu 18 Etelä-Pohjanmaan maakunnan kunnasta ja Pohjanmaan maakuntaan sijoittuvasta Isokyröstä. Yllä olevassa taulukossa on listattuna 11 sairaanhoitopiirin suurinta kuntaa ja/tai palveluntuottajarakenteeltaan poikkeavaa kuntaa. Puuttuvat kunnat löytyvät liitteestä 5. Seinäjoen suurta kokoa sairaanhoitopiirin muihin kuntiin selittää osaltaan vuoden 2005 ja 2009 kuntaliitokset, jotka nostivat kunnan asukaslukua lähes 60 prosentilla. Muut sairaanhoitopiirin kunnat ovat melko pieniä eikä yksikään muodosta yli kymmentä prosenttia alueen erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä. Palveluntuottajarakenteeltaan sairaanhoitopiirin alue on hyvin homogeeninen ja erot kuntien välillä pääasiassa pieniä. Oman sairaanhoitopiirin osuus

jäsenkuntien erikoissairaanhoidon palvelujen käytöstä on suuri, 84–89 prosenttia, Evijärveä (78 %) ja Isokyröä (80 %) lukuun ottamatta. Niiden kohdalla ero selittyy hankinnan suuremmalla osuudella muista sairaanhoitopiireistä. Evijärven tapauksessa ero selittyy Helsingin yliopistollisessa sairaalassa tuotetulla erittäin vaativalla hoidolla. Kahden potilaan hoito on vaatinut yli 310 DRG-pistettä ja ne muodostavat 7 prosenttia koko kunnan asukkaille tuotetuista DRG-pisteistä. Isokyrön lukua selittää hankinnat Vaasan keskussairaala, jotka molemmat sijaitsevat Pohjanmaan maakunnassa.

Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirit erottuvat muista tutkimuksen sairaanhoitopiireistä siinä, ettei kummankaan sairaanhoitopiirin alueen jäsenkunnat ja/tai kuntayhtymät hanki palveluitansa sairaanhoitopiirinsä julkisilta toimijoilta. Tämän voi nähdä erikoissairaanhoitolain kannalta positiivisena asiana. Erikoissairaanhoitolain pykälässä 30 (30.12.2010/1328) säädetään, että sairaanhoitopiirin jäsenkuntien erikoissairaanhoidon palveluiden tuottamiseen käytetään ensisijaisesti sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaaloita ja/tai muita toimintayksiköitä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnat toimivat lain hengen mukaisesti käyttämällä pääasiassa oman sairaanhoitopiirinsä tuottajia, vaikka laki mahdollistaa muunlaisetkin ratkaisut.

Muilta sairaanhoitopiireiltä hankittujen erikoissairaanhoidon palveluiden osuus vaihtelee 7 ja 17 prosentin välillä kunnasta riippuen. Suurimpana tuottajana on Tampereen yliopistollinen sairaala 54 prosentin osuudellansa muista sairaanhoitopiireistä hankituista palveluista. Toiseksi ja kolmanneksi suurimmat ovat Helsingin yliopistollinen sairaala 18,7 prosentin osuudellaan ja Vaasan keskussairaala 18,1 prosentin osuudellansa. Kunnittain ostot muilta sairaanhoitopiireiltä pysyvät keskussairaalasairaanhoitopiirille tyypillisellä tasolla Evijärveä ja Isokyröä lukuun ottamatta, jotka käsiteltiin aikaisemmin tässä luvussa.

Etelä-Pohjanmaa kuuluu Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen, joka osaltaan selittää yksityisten palveluntuottajien käyttöä. Osa erityisvastuualueen hoidoista tuotetaan yritysmuotoisissa tuotantoyksiköissä; Tekonivelsairaala Coxassa (13 %) ja Tays Sydänkeskuksessa (60 %) tuotetut palvelun muodostavat 73 prosenttia yksityisten palveluntuottajien käytöstä. Toiseksi suurin tuottaja on paikallisten lääkärien omistama Seinäjoen lääketieteellinen tutkimuslaitos Oy 14 prosentin osuudellansa. Sairaanhoitopiirin jäsenkunnat eivät käytännössä hanki erikoissairaanhoidon palveluita muiden sairaanhoitopiirien julkisilta toimijoilta.

5.4 Etelä-Savon sairaanhoitopiiri

Kunta/tuottaja	SHP	SHP julk.	Yksityiset	Muut SHP:t	Muut SHP:t julk.	Yhteensä
Etelä-Savo	156 471	15 956	1 663	23 892	1 106	199 087
	79 %	8 %	1 %	12 %	1 %	100 %
Hirvensalmi	3 675	-	7	509	1	4 192
	88 %	0 %	0 %	12 %	0 %	100 %
Joroinen	5 520	261	77	1 907	1 022	8 787
	63 %	3 %	1 %	22 %	12 %	100 %
Juva	10 670	11	55	1 606	3	12 346
	86 %	0 %	0 %	13 %	0 %	100 %
Kangasniemi	9 116	24	103	1 657	-	10 900
	84 %	0 %	1 %	15 %	0 %	100 %
Mikkeli	91 333	60	1 071	10 699	32	103 194
	89 %	0 %	1 %	10 %	0 %	100 %
Mäntyharju	9 795	1	87	1 164	6	11 053
	89 %	0 %	1 %	11 %	0 %	100 %
Pertunmaa	3 189	-	16	700	4	3 910
	82 %	0 %	0 %	18 %	0 %	100 %
Pieksämäki	19 109	15 599	224	5 125	36	40 093
	48 %	39 %	1 %	13 %	0 %	100 %
Puumala	4 063	0	22	526	1	4 613
	88 %	0 %	0 %	11 %	0 %	100 %

Taulukko 6. Etelä-Savon SHP:n alueen palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri muodostuu yhdeksästä kunnasta, jotka voidaan jakaa kokonsa perusteella pieniin ja suuriin. Mikkeli (52 %) ja Pieksämäki (20 %) muodostavat 72 prosenttia sairaanhoitopiirin alueen asukkaille tuotetuista DRG-pisteistä ja loput seitsemän kuntaan ainoastaan 28 prosenttia.

Mikkelin kaupungin suuren koon muihin kuntiin verrattuna selittää vuosina 2001, 2007 ja 2013 tehdyt kuntaliitokset. Sairaanhoitopiirin kunnat hankkivat erikoissairaanhoidon valtaosin omasta sairaanhoitopiiristään lukuun ottamatta Joroista ja Pieksämäkeä. Muiden kuntien muista sairaanhoitopiireistä hankkima erikoissairaanhoidon tuotetaan pääasiassa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ja pieniltä osin Helsingin yliopistollisessa sairaalassa sekä Keski-Suomen keskussairaalassa. Yksityisten palveluiden käyttö on vähäistä koko sairaanhoitopiirissä ja palveluiden hankinta muiden sairaanhoitopiirien julkisilla tuottajilla olematonta Joroista lukuun ottamatta.

Joroinen on tutkimuksen kunnista poikkeuksellinen palveluntuottajarakenteensa vuoksi. Se on ainoa kunta, joka toteuttaa osan erikoissairaanhoidostaan kotisairaanhoitopiirin ulkopuolisen sairaanhoitopiirin julkisella toimijalla eli Joroisten tapauksessa Varkauden sosiaali- ja terveyskeskuksessa, joka sijaitsee Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella. Joroisten kunta laati 1.1.2013 Varkauden kaupungin kanssa sopimuksen yhteistoiminta-alueesta, jossa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä vastaa Varkauden sosiaali- ja terveyskeskus. Se on lisäksi esittänyt halukkuutensa liittyä Pohjois-Savon sote-alueeseen. (Virkeänä vanhuuteen 2014; 5-6.) Varkauden sosiaali- ja terveyskeskuksen erikoissairaanhoidon tarjonta on rajallista, josta syystä sieltä hankitaan ainoastaan tiettyjen erikoisalojen palveluita. Joroisten korkeat ostot muista sairaanhoitopiireistä selittyy sen muita sairaanhoitopiirin kuntia suuremmalla hankinnalla Kuopion yliopistollisesta sairaalasta. Kunnan poikkeuksellinen palveluntuottajarakenne ei juurikaan vaikuta sairaanhoitopiiritasolla sen pienestä koosta johtuen.

Pieksämäki hankkii 48 prosenttia erikoissairaanhoidon DRG-pisteistä omalta sairaanhoitopiiriltänsä, mutta kävijämäärissä mitattuna ainoastaan 33 prosenttia. Erikoissairaanhoito pieksämäkeläisille järjestetään ensisijaisesti Pieksämäen terveyskeskuksessa ja vaativampaa hoitoa vaativat potilaat hoidetaan joko Mikkelin keskussairaalassa tai Moision psykiatrisessa sairaalassa. DRG-pisteissä mitattuna terveyskeskus tuottaa 39 prosenttia palveluista ja kävijämäärissä mitattuna 60 prosenttia. Erot johtuvat terveyskeskuksen alhaisemmasta casemixistä keskussairaalaan verrattuna. Pieksämäen kunnan taloustilanne on heikko, josta syystä kaupunginvaltuusto päätti 10.11.2015 oman erikoissairaanhoidon tuotannon lopettamisesta ja uusien mahdollisten tuottajien selvittämisestä oman kunnan sisältä (Pieksämäen kaupungin talouden tasapainotus 2015). Pieksämäen terveyskeskuksen oma erikoissairaanhoidon palvelutuotanto loppui Pieksämäellä huhtikuussa 2016 (Heinonen 2016).

5.5 Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri

Kunta/tuottaja	SHP	SHP julk.	Yksityiset	Muut SHP:t	Muut SHP:t julk.	Yhteensä
Kanta-Häme	220 741	40 026	11 488	35 452	205	307 912
	72 %	13 %	4 %	12 %	0 %	100 %
Forssa	11 167	23 550	1 389	4 293	19	40 419
	28 %	58 %	3 %	11 %	0 %	100 %
Hattula	12 119	108	694	1 384	12	14 318
	85 %	1 %	5 %	10 %	0 %	100 %
Hausjärvi	11 225	58	313	1 675	1	13 271
	85 %	0 %	2 %	13 %	0 %	100 %
Humppila	1 272	2 368	380	670	-	4 691
	27 %	50 %	8 %	14 %	0 %	100 %
Hämeenlinna	101 617	271	4 906	12 476	130	119 400
	85 %	0 %	4 %	10 %	0 %	100 %
Janakkala	22 173	60	744	2 972	3	25 952
	85 %	0 %	3 %	11 %	0 %	100 %
Jokioinen	3 268	5 129	460	1 269	1	10 127
	32 %	51 %	5 %	13 %	0 %	100 %
Loppi	10 828	26	362	2 088	5	13 310
	81 %	0 %	3 %	16 %	0 %	100 %
Riihimäki	42 051	88	1 609	6 157	34	49 938
	84 %	0 %	3 %	12 %	0 %	100 %
Tammela	3 865	6 362	463	1 703	1	12 394
	31 %	51 %	4 %	14 %	0 %	100 %
Ypäjä	1 155	2 006	167	765	-	4 092
	28 %	49 %	4 %	19 %	0 %	100 %

Taulukko 7. Kanta-Hämeen SHP:n alueen palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri jakautuu kuntiensa puolesta kahtia siinä, mistä ne hankkivat erikoissairaanhoidon palvelunsa. Oman sairaanhoitopiirin tuotanto on osassa kunnissa selkeästi keskiarvoa korkeammalla ja toisissa puolestaan tutkimuksen alhaisimpien joukossa. Samasta syystä oman sairaanhoitopiirin julkisten toimijoiden osuus on erittäin korkea osassa kunnista. Yksityisten erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö sairaanhoitopiirin alueella on tutkimuksessa mukana olevien sairaanhoitopiirien alueiden kärkipäässä. Muiden sairaanhoitopiirien julkisten toimijoiden tuottamia erikoissairaanhoidon palveluita ei käytännössä käytetä.

Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela ja Ypäjä muodostavat nykyisin Forssan seudun kuntayhtymän ja ovat tuottaneet kuntiensä terveysterveyst palvelut yhteistyössä jo vuodesta 2001. Forssan sairaala vastaa alueen kuntien erikoissairaanhoidon palveluista niiltä osin mitä erikoissairaanhoidon palveluita sairaalassa on mahdollista tuottaa. Kuntayhtymä tekee yhteistyötä sairaanhoitopiirin kanssa muun muassa yhteisviroilla, jossa työaika jakautuu Forssan seudun kuntayhtymän ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän välillä. (Kokouspöytäkirja 1/2014 (2014).) Forssan seudun kuntayhtymän kuntien erikoissairaanhoidon palveluiden hankinta omalta sairaanhoitopiiriltä vaihtelee 27 ja 32 prosentin välillä. Forssan sairaalasta eli sairaanhoitopiirin omalta julkiselta toimijalta kunnat hankkivat 49 ja 58 prosentin välillä asukkaidensa erikoissairaanhoidon palveluista. Tietty erikoissalat hoidetaan kattavasti Forssan sairaalassa kuten sisätaudit (71 %), kirurgia (51 %), naistentaudit ja synnytykset (81 %) sekä psykiatria (93 %). Muut sairaanhoitopiirin kunnat hankkivat pääasiassa erikoissairaanhoidon palvelunsa Hämeenlinnan keskussairaaltalta (81 % - 85 %) eikä käytännössä ollenkaan palveluita sairaanhoitopiirin muilta julkisilta toimijoilta (0 % - 1 %). Forssan sairaalan toiminta yöpäivystyksen ja kirurgian osalta on lopettamishan alla vuodesta 2017 eteenpäin. Kuntayhtymä harkitsee palveluiden ulkoistamista kumppanuusperiaatteella, jotta erikoissairaanhoidon palvelut alueella voidaan turvata. (Mustonen 2016.)

Muilta sairaanhoitopiireiltä ostetut palvelut vaihtelevat kunnittain välillä 10–19 prosenttia, ollen suurin Lopella (16 %) ja Ypäjällä (19 %). Ypäjän tapauksessa ero selittyy sen kokoon nähden suurella erikoissairaanhoidon palveluiden hankinnalla Loimaan aluesairaala, joka voi osaltaan selittyä sen läheisyydellä verrattuna Hämeenlinnan keskussairaalaan. Sairanhoitopiirin muut kunnat (Humppila pois lukien) eivät juuri hanki erikoissairaanhoidon palveluitansa sieltä. Lopen kohdalla korkeampaa osuutta selittää Helsingin ja Tampereen yliopistollisten sairaaloiden hankinnan suurempi osuus, joka voi johtua erittäin vaativaa hoitoa tarvitsevista potilaista. Koko sairaanhoitopiirin tasolla esille nousevat yliopistolliset sairaalat, jotka tuottavat suurimman osan kuntien muissa sairaanhoitopiireissä tuotetuista palveluista. Tampereen yliopistollinen sairaala on suurin 62 prosentin osuudella ja perässä tulevat Helsingin yliopistollisen sairaala ja Turun yliopistollinen sairaala 23 ja 4 prosentin osuuksillaan.

5.6 Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Kunta/tuottaja	SHP	SHP julk.	Yksityiset	Muut SHP:t	Muut SHP:t julk.	Yhteensä
Keski-Suomi	369 083		8 628	35 949	160	413 821
	89 %	0 %	2 %	9 %	0 %	100 %
Joutsa	7 866		198	1 178	2	9 243
	85 %	0 %	2 %	13 %	0 %	100 %
Jyväskylä	206 463		4 878	18 239	80	229 660
	90 %	0 %	2 %	8 %	0 %	100 %
Karstula	6 256		125	1 115	1	7 496
	83 %	0 %	2 %	15 %	0 %	100 %
Keuruu	14 864		510	1 318	12	16 704
	89 %	0 %	3 %	8 %	0 %	100 %
Laukaa	25 123		487	2 319	6	27 935
	90 %	0 %	2 %	8 %	0 %	100 %
Muurame	11 231		287	806	5	12 329
	91 %	0 %	2 %	7 %	0 %	100 %
Saarijärvi	13 184		334	1 522	2	15 042
	88 %	0 %	2 %	10 %	0 %	100 %
Viitasaari	9 620		246	1 411	2	11 279
	85 %	0 %	2 %	13 %	0 %	100 %
Äänekoski	28 806		569	3 409	19	32 803
	88 %	0 %	2 %	10 %	0 %	100 %

Taulukko 8. Keski-Suomen SHP:n alueen palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri koostuu 21 kunnasta, joista valtaosa on pieniä muutaman tuhannen asukkaan kuntia. Yllä olevassa taulukossa on listattu yhdeksän kuntaa sairaanhoitopiiristä joko kokonsa tai poikkeavan palveluntuottajarakenteen vuoksi. Puuttuvat kunnat löytyvät liitteestä 5.

Sairaanhoitopiirin ylivoimaisesti suurin kunta on Jyväskylän kaupunki, jonka asukkaat käyttävät 55 prosenttia sairaanhoitopiirin jäsenkuntien asukkaiden käyttämistä erikoissairaanhoidon palveluista. Seuraavaksi suurimmat palveluiden käyttäjät ovat Äänekoski ja Laukaa kahdeksan ja seitsemän prosentin osuuksillaan.

Kuntien palveluntuottajarakenne on hyvin homogeeninen koko sairaanhoitopiirissä. Oman sairaanhoitopiirin tuotanto vaihtelee 83 ja 92 prosentin välillä ja on keskiarvoltaan tutkimuksen korkein. Muista sairaanhoitopiirien alueista poiketen, yhdessä Etelä-Pohjanmaan kanssa, sairaanhoitopiiri ja sen jäsenkunnat eivät käytä ollenkaan omalla alueellansa sijaitsevia muita julkisia

toimijoita. Sairaanhoitopiirin alue poikkeaa hieman muista keskussairaalasairaanhoitopiirien alueista tutkimuksen matalimmalla osuudella muissa sairaanhoitopiireissä tuotetuilla erikoissairaanhoidon palveluilla. Niistä 90 prosenttia ostetaan Kuopion (64 %), Helsingin (18 %) ja Tampereen (9 %) yliopistollisilta sairaaloilta. Yksityisten palveluntuottajien käyttö on vähäistä kaikissa kunnissa ja muiden sairaanhoitopiirien julkisia toimijoita ei juuri käytetä.

5.7 Kymenlaakson sairaanhoitopiiri

Kunta/tuottaja	SHP	SHP julk.	Yksityiset	Muut SHP:t	Muut SHP:t julk.	Yhteensä
Kymenlaakso	186 703	74 190	5 195	33 656	64	299 808
	62 %	25 %	2 %	11 %	0 %	100 %
Hamina	26 299	2 740	435	3 466	13	32 953
	80 %	8 %	1 %	11 %	0 %	100 %
Kotka	87 550	134	1 565	9 377	22	98 649
	89 %	0 %	2 %	10 %	0 %	100 %
Kouvola	57 069	71 291	2 961	18 425	27	149 772
	38 %	48 %	2 %	12 %	0 %	100 %
Miehikkälä	2 895	0	59	518	0	3 473
	83 %	0 %	2 %	15 %	0 %	100 %
Pyhtää	7 908	14	93	1 181	1	9 198
	86 %	0 %	1 %	13 %	0 %	100 %
Virolahti	4 981	12	80	689	1	5 764
	86 %	0 %	1 %	12 %	0 %	100 %

Taulukko 9. Kymenlaakson SHP:n alueen palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina

Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alue erottuu tutkimuksen muiden sairaanhoitopiirien alueista pienimällä oman tuotannon osuudella (62 %) ja korkeimmalla osuudella muista sairaanhoitopiireistä hankitulla tuotannolla (25 %). Sairaanhoitopiirin alueen erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä 50 prosenttia muodostaa Kouvolan kaupunki. Seuraavaksi suurimmat palveluiden käyttäjät ovat Kotka ja Hamina, 33 ja 11 prosentin osuuksillaan. Loput kolme kuntaa vastaavat alle kuudesta prosentista sairaanhoitopiirin alueen erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä. Sairaanhoitopiirin kunnat ovat epäsuhtaisia kooltaan ja poikkeavat toisistaan palveluntuottajarakenteeltaan. Syy epäsuhtaan rakenteeseen johtuu vuonna 2009 tehdystä kuntaliitoksesta, jossa kuusi alueen kuntaa yhdistettiin Kouvolan kanssa (Kuntaliitos 2009). Kuntaliitoksen myötä sairaanhoitopiirin kaikki pohjoiset kunnat liitettiin Kouvolaan. Loput kunnat sijaitsevat sairaanhoitopiirin alueen eteläosassa Kotkan vieressä.

Sairaanhoitopiiri poikkeaa tutkimusten muista sairaanhoitopiireistä siinä, että keskussairaala ei sijaitse sen suurimmassa kaupungissa, Kouvolassa, vaan Kotkassa, joka sijaitsee toisessa päässä Kymenlaakson maakuntaa. Sairaanhoitopiirin alueen erikoissairaanhoidon tuotanto on jakautunut kaksinapaiseksi. Etelän rannikkokunnat hankkivat palvelunsa pääasiassa sairaanhoitopiiriltänsä, Kotkan keskussairaala ja Kouvola kaupunki pääasiassa Pohjois-Kymen sairaalasta, Kouvola ja ainoastaan tietyt erikoisalat Kotkasta. Sairaanhoitopiirin alueen erikoissairaanhoidon järjestäminen ja etenkin sen sijainti on herättänyt keskustelua ja kiistelyä sairaanhoitopiirissä ja sen jäsenkunnissa sekä aiheuttanut huolta erikoissairaanhoidon tulevaisuudesta Kymenlaaksossa, jos yhteistyöhön toimijoiden välillä ei päästä (Hassinen 2012; Hopsu 2013; Kouvola ei osallistu Kymenlaakson keskussairaalan remonttiin 2014).

Kouvolan kaupunki erottuu sairaanhoitopiirin muista kunnista suurella muiden julkisten toimijoiden käytöllä erikoissairaanhoidon hankinnassa. Lähes puolet (48 %) tuotetuista DRG-pisteistä se hankkii Kouvolassa sijaitsevalta Pohjois-Kymen sairaalalta ja ainoastaan 38 prosenttia omalta sairaanhoitopiiriltään. Kouvola ostaa sairaanhoitopiiriltänsä synnytykset, erikoissairaanhoidon päivystyksen, lastentautien vuodeosastohoidon, silmäsairauksien hoidon ja syöpäsairauksien hoidon (Niiranen ja Haapanen 2014). Kouvola ostaa myös kaikki DRG-pisteissä tuotetut psykiatrian palvelut sairaanhoitopiiriin kuulualta Kymenlaakson psykiatriselta sairaalalta, joka sijaitsee Kouvolassa. Muista sairaanhoitopiireistä hankituista palveluista pääosan (84 %) Kouvola hankkii Helsingin yliopistolliselta sairaalalta ja 7,2 prosenttia Päijät-Hämeen keskussairaala. Muiden sairaanhoitopiirien julkiset toimijat eivät muodosta merkittäviä osuuksia palveluntuotannosta. Yksityisten tuottajien tai muiden sairaanhoitopiirien käyttö ei poikkea keskimääräisestä.

Etelä-Kymenlaakson kuntien eli Kotkan, Haminan, Pyhtään, Virolahden ja Miehikkälän kuntien palveluntuottajarakenne on homogeeninen, joissa kaikissa tärkeimpänä erikoissairaanhoidon palveluntuottajana on oma sairaanhoitopiiri. Pienen poikkeuksen muodostaa Hamina, jonka erikoissairaanhoidon palvelutuotannosta kahdeksan prosenttia hoitaa Haminan terveyskeskus. Haminan terveyskeskuksella on oma sisätautiosastonsa, joka vastaa 33 prosentista kaupungin sisätautien erikoissairaanhoidon tarpeesta. Muissa sairaanhoitopiireissä tuotetusta hoidosta vastaa pääosin Helsingin yliopistollinen sairaala, jonka osuus vaihtelee kunnittain 89 ja 95 prosentin välillä. Yksityisten palveluntuottajien käyttö on vähäistä ja muiden sairaanhoitopiirien julkisilta toimijoilta ei käytännössä hankita erikoissairaanhoidon palveluita.

5.8 Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Kunta/tuottaja	SHP	SHP julk.	Yksityiset	Muut SHP:t	Muut SHP:t julk.	Yhteensä
Pirkanmaa	647 579	94 380	110 175	26 324	477	878 936
	74 %	11 %	13 %	3 %	0 %	100 %
Akaa	27 689	177	2 802	557	10	31 235
	89 %	1 %	9 %	2 %	0 %	100 %
Jämsä	11 392	67	11 809	7 869	14	31 150
	37 %	0 %	38 %	25 %	0 %	100 %
Kangasala	38 201	229	6 107	575	7	45 118
	85 %	1 %	14 %	1 %	0 %	100 %
Kuhmoinen	1 584	5	1 356	1 024	1	3 971
	40 %	0 %	34 %	26 %	0 %	100 %
Lempäälä	26 064	118	3 433	979	1	30 595
	85 %	0 %	11 %	3 %	0 %	100 %
Mänttä-Vilppula	18 418	84	3 300	312	0	22 115
	83 %	0 %	15 %	1 %	0 %	100 %
Nokia	33 528	5 811	6 681	1 040	6	47 067
	71 %	12 %	14 %	2 %	0 %	100 %
Pirkkala	18 150	652	3 261	903	1	22 968
	79 %	3 %	14 %	4 %	0 %	100 %
Sastamala	52 542	112	5 564	1 319	10	59 548
	88 %	0 %	9 %	2 %	0 %	100 %
Tampere	253 178	85 718	38 336	7 419	128	384 778
	66 %	22 %	10 %	2 %	0 %	100 %
Valkeakoski	32 580	229	4 423	535	11	37 778
	86 %	1 %	12 %	1 %	0 %	100 %
Ylöjärvi	35 652	746	5 946	664	6	43 015
	83 %	2 %	14 %	2 %	0 %	100 %

Taulukko 10. Pirkanmaan SHP:n alueen palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on toinen tutkimuksessa mukana olevista yliopistollisen sairaalan sairaanhoitopiireistä. Sairaanhoitopiirin ja sen jäsenkuntien palveluntuottajarakenteeseen vaikuttavat merkittävästi sairaanhoitopiirin alueella sijaitseva Tampereen yliopistollinen sairaala sekä sairaanhoitopiirin ja sen jäsenkuntien yksityisten palveluntuottajien korkea osuus palvelutuotannossa. Sairaanhoitopiirin kuuluu 23 kuntaa, joista 12 suurinta tai palveluntuottajarakenteeltaan poikkeavaa on listattu yllä olevaan taulukkoon. Puuttuvat kunnat löytyvät liitteestä 5. Tampere on alueen suurin kaupunki yli 220 000 asukkaallansa ja 44 prosentin osuudella sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon

palveluiden käytöstä. Tamperetta lukuun ottamatta minkään alueen kunnan asukasluku ei ylitä 35 000 asukasta eikä seitsemää prosenttia alueen erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä. Yhdessätoista pienimmässä kunnassa on alle 10 000 asukasta kussakin ja niiden palveluiden käyttö muodostaa ainoastaan 12 prosenttia sairaanhoitopiirin alueen erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä.

Oman sairaanhoitopiirin osuus erikoissairaanhoidon palveluiden tuotannosta vaihtelee 37 ja 89 prosentin välillä kunnittain, ollen yli 80 prosenttia 16:ssa sairaanhoitopiirin jäsenkunnassa. Suurta vaihtelua oman sairaanhoitopiirin tuotannossa selittävät pääasiassa kaksi tekijää: yksityisten palvelun tuottajien ja sairaanhoitopiirin alueen omien julkisten toimijoiden merkittävä käyttö palvelutuotannossa. Tampereella (66 %) ja Nokialla (71 %) oman sairaanhoitopiirin tuotantoa pienentävät kuntien omien terveyskeskusten käyttö, Kuhmoisissa (40 %) ja Jämsässä (37 %) puolestaan yksityisten palveluntuottajien suuri osuus.

Sairanhoitopiirin omien julkisen toimijoiden käyttö on pääasiassa vähäistä sairaanhoitopiirin alueella, vaihdellen nollan ja kahden prosentin välillä. Poikkeuksen muodostavat Tampere ja Nokia. Tampere hankkii 22 prosenttia erikoissairaanhoidon palveluista Tampereen terveyskeskuksesta ja Nokia 12 prosenttia Nokian terveyskeskuksesta. Koko sairaanhoitopiirin alueen keskiarvon nostaa 11 prosenttiin lähes yksinomaan edellä mainitut kunnat. Lisäksi muiden sairaanhoitopiirien julkisten toimijoiden käyttö on erittäin vähäistä kaikissa sairaanhoitopiirin kuuluvissa kunnissa ja muodostaa alle promillen kaikesta sairaanhoitopiirin alueen erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä.

Yksityisten palveluntuottajien käyttö erikoissairaanhoidon palveluiden tuotannossa on tutkimuksen korkeinta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella 13 prosentin osuudellansa. Tämä luku ei kuitenkaan ole ongelmaton, koska 80 prosenttia sairaanhoitopiirin alueen erikoissairaanhoidon palveluista hankitaan kahdelta palveluntuottajalta: Tays Sydänkeskukselta ja Tekonivelsairaala Coxalta. Molemmat edellä mainituista toimivat Tampereen yliopistollisen sairaalan yhteydessä ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymä omistaa Sydänkeskuksen kokonaan ja Coxasta 62,3 prosenttia (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tilinpäätös ja toimintakertomus 2014 (2015)). Jos edellä mainittuja palveluntuottajia ei huomioida, tippuu sairaanhoitopiirin yksityisten palveluiden käyttö normaalille tasolle sairaanhoitopiirin alueella, lukuun ottamatta Jämsän ja Kuhmoisen kuntia. Jämsän ja Kuhmoisten korkeaa lukua selittää palveluiden hankinta Jokilaakson sairaalasta, joka on osa Jokilaakson Terveys Oy:tä. Jämsä ulkoisti keskeisiä terveydenhoitopalveluitansa yritykselle neuvottelumenettelyllä (Jauhiainen 2010). Jämsä ja Kuhmoinen muodostivat sosiaali- ja terveystoimen

yhteistoiminta-alueen 1.1.2013, jossa palveluiden järjestämisvastuu on Jämsällä (Palvelusopimus 2014). Jämsän ja Kuhmoisten yksityisten palveluntuottajien osuus erikoissairaanhoidosta on 38 ja 34 prosenttia, josta Jokilaakson Terveys Oy tuottaa Jämsälle 74 prosenttia ja Kuhmoisille 70 prosenttia.

Erikoissairaanhoidon palveluiden hankinta muista sairaanhoitopiireistä on pääasiassa alhaista, keskimäärin alle kolme prosenttia. Poikkeuksen muodostavat Jämsä ja Kuhmoinen, joiden osalta muista sairaanhoitopiireistä hankitaan 25–26 prosenttia erikoissairaanhoidon tuotannosta.

Pääasiallisina tuottajina toimii Keski-Suomen keskussairaala ja Kuopion yliopistollinen sairaala.

Kuhmoinen ja Jämsä kuuluivat molemmat ennen Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin ja siirtyivät Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäseniksi vuoden 2013 alussa. Muutoksessa oli mukana siirtymävaihe, joka selittää kuntien ostoja Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä. Lisäksi synnytys- ja

lastenpsykiatriapalveluiden ostoja päätettiin jatkaa Keski-Suomen keskussairaalaan Tampereen yliopistollisen sairaalaan ylikuormituksen vuoksi. (Lajunen 2012.) Siirtymäajan jälkeenkin kuntien ostot voivat pysyä epätavallisen korkeina, koska potilaat voivat käyttää valinnanvapautta hoitopaikkaansa valittaessa.

5.9 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Kunta/ tuottaja	SHP	SHP julk.	Yksityiset	Muut SHP:t	Muut SHP:t julk.	Yhteensä
Pohjois-Pohjanmaa	525 354	58 144	10 205	25 818	236	619 757
	85 %	9 %	2 %	4 %	0 %	100 %
Kalajoki	10 155	541	98	7 797	4	18 594
	55 %	3 %	1 %	42 %	0 %	100 %
Kempele	20 332	107	265	434	7	21 145
	96 %	1 %	1 %	2 %	0 %	100 %
Kuusamo	18 342	34	358	886	11	19 631
	93 %	0 %	2 %	5 %	0 %	100 %
Nivala	14 454	266	120	2 099	7	16 945
	85 %	2 %	1 %	12 %	0 %	100 %
Oulainen	12 606	277	60	131	10	13 084
	96 %	2 %	0 %	1 %	0 %	100 %
Oulu	248 747	23 597	7 328	6 024	60	285 756
	87 %	8 %	3 %	2 %	0 %	100 %
Pudasjärvi	14 846	43	86	238	2	15 214
	98 %	0 %	1 %	2 %	0 %	100 %
Pyhäjoki	3 740	2 862	30	72	-	6 704
	56 %	43 %	0 %	1 %	0 %	100 %
Raahe	26 548	24 956	293	587	2	52 386
	51 %	48 %	1 %	1 %	0 %	100 %
Sievi	5 343	72	57	1 878	0	7 350
	73 %	1 %	1 %	26 %	0 %	100 %
Siikajoki	6 800	3 838	91	344	-	11 073
	61 %	35 %	1 %	3 %	0 %	100 %
Ylivieska	17 649	370	171	1 912	4	20 105
	88 %	2 %	1 %	10 %	0 %	100 %

Taulukko 11. Pohjois-Pohjanmaan SHP:n alueen palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina

Pohjois-Pohjanmaa on tutkimuksen toinen yliopistollisen sairaalan sairaanhoitopiiri ja se vaikuttaa merkittävästi sen alueen palveluntuottajarakenteeseen. Sairaanhoitopiiriin kuuluu 29 kuntaa, joista yllä olevaan taulukkoon on listattuna 12, joko kokonsa tai poikkeavan palveluntuottajarakenteensa takia. Puuttuvat kunnat löytyvät liitteestä 5. Jäsenkunnat ovat keskimäärin pienikokoisia ja tyypillisesti muodostavat nolasta kolmeen prosenttia alueen erikoissairaanhoidon palveluiden kokonaishankinnasta. Oulu (43 %) ja Raahe (8 %) erottuvat muista jäsenkunnista kokonsa puolesta.

Oulun asukasluku kasvoi 31 prosentilla vuoden 2013 alussa, kun Haukiputaan, Kiimingin, Oulunsalon ja Yli-Iin kunnat liitettiin siihen kuntaliitoksella. Raahen kaupungin muita jäsenkuntia suurempaa kokoa selittävät myös kuntaliitokset (Kuntaliitokset 2016).

Oman sairaanhoitopiirin palveluntuottajat ovat sairaanhoitopiirissä pääroolissa erikoissairaanhoidon palveluiden tuotannossa. Ne tuottavat 85 prosentista 99 prosenttiin jäsenkuntien erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä pois lukien seuraavat kunnat: Kalajoki, Pyhäjoki, Raahen, Sievi ja Siikajoki. Edellä mainittuja kuntia käsitellään tarkemmin seuraavissa kappaleissa. Korkeaa oman sairaanhoitopiirin osuutta selittää sairaanhoitopiiriin kuuluva yliopistollinen sairaala, jonka takia kaikkein vaativimpia erikoissairaanhoidon palveluita ei tarvitse hankkia sairaanhoitopiirin ulkopuolelta poikkeuksia laskematta. Oman sairaanhoitopiirin julkisilta toimijoilta erikoissairaanhoidon palveluiden hankinta on vähäistä lukuun ottamatta Raahen sairaalan lähellä olevia kuntia ja Oulua, joka hankkii palveluita Oulun terveyskeskuksesta. Yksityisten palveluntuottajien käyttö on vähäistä koko sairaanhoitopiirin alueella ja muiden sairaanhoitopiirien julkisten toimijoiden käyttö on olematonta.

Raahen, Siikajoen ja Pyhäjoen muodostavat Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän, joka vastaa valtaosin jäsenkuntiensa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Raahen sairaala kuuluu hyvinvointikuntayhtymään ja tuottaa rajoitetusti erikoissairaanhoidon palveluita. (Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä 2015.) Sairaalan osuus kuntien erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä on Raahen osalta 48 prosenttia ja Pyhäjoen sekä Siikajoen osalta 43 ja 35 prosenttia. Suurimpana palveluntuottajana on Oulun yliopistollinen sairaala 44–56 prosentin osuudella kunnasta riippuen. Yksityisten, muiden sairaanhoitopiirien ja muiden sairaanhoitopiirien julkisten toimijoiden palveluntuottajien käyttö on vähäistä.

Kalajoki ja Merijärvi muodostavat sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteistoiminta-alueen. Kalajoki toimii yhteistoiminta-alueen isäntänä ja vastaa alueen terveydenhuoltopalveluiden tuotannosta, mutta yhteistoiminta-alue ei tuota omia erikoissairaanhoidon palveluitaan. (Kalajoki 2015.) Läheteet erikoissairaanhoidon Suomen porrastetussa terveydenhoitojärjestelmässä annetaan terveyskeskuksissa. Kalajoen tapauksessa hankinta omalta sairaanhoitopiiriltä (55 %) on vähäistä verrattuna tutkimuksen keskimääräiseen tasoon ja ostot muista sairaanhoitopiireistä (42 %) korkeat. Kalajoki hankkii käytännössä kaikki muista sairaanhoitopiireistä hankitut erikoissairaanhoidon palvelut Kokkolassa sijaitsevasta Keski-Pohjanmaan keskussairaalarakennuksesta. Merijärven palveluntuottajarakenteen on täysin toisenlainen kuin Kalajoen. Hankinta omalta sairaanhoitopiiriltä on 93 prosenttia ja muista

sairaanhoitopiireistä ainoastaan 5 prosenttia. Yksityisten ja sairaanhoitopiirien julkisten toimijoiden käyttö on vähäistä. Yhteistoiminta-alueesta tekee poikkeuksellisen sen erikoissairaanhoidon palveluntuottajarakenne, joka poikkeaa kuntien välillä radikaalisti, vaikka lähetteet erikoissairaanhoidon tulevat samasta paikasta.

Alavieskan, Nivalan, Sievin ja Ylivieskan hyvinvointi- ja terveystalouksista vastaa peruspalvelukuntayhtymä Kallio. Osa erikoissairaanhoidon palveluista tuottaa kuntayhtymän henkilökunta, mutta suurin osa palveluista ostetaan sen ulkopuolelta. Osa erikoissairaanhoidon palveluista ostetaan konsultaatioina ja hoitopäätöksiä tukevana diagnoosina yksityisiltä tuottajilta. Nämä palvelut eivät peruspalvelukuntayhtymän terveyskeskuksissa tuotetut erikoislääkäreiden vastaanotot näy tutkimuksen tuloksissa, koska ne ovat joko välituotteita tai avohoitokäyntejä, joita ei yksityisten osalta ole mukana tutkimusaineistossa. Peruspalvelukuntayhtymä pyrkii lisäämään Raahen sairaalasta ja Keski-Pohjanmaan keskussairaalan ostettujen palveluiden määrää niiden halvemman hinnan takia verrattuna sairaanhoitopiiriin omaan tuotantoon (9. Erikoissairaanhoidon). Ostot Raahen sairaalasta ovat kuitenkin jääneet pieneksi, mutta Keski-Pohjanmaan keskussairaala muodostaa yhdeksän prosenttia kuntien erikoissairaanhoidon hankinnasta. Vaihtelu kuntien välillä on suurta, ja Sievin tapauksessa Keski-Pohjanmaan keskussairaalan hankitaan 22 % kunnan erikoissairaanhoidon palveluista. Vastaavasti omasta sairaanhoitopiiristä hankittujen palveluiden osuus vaihtelee 73 prosentista 91 prosenttiin. Yksityisten palveluntuottajien ja muiden julkisten toimijoiden käyttö kunnissa on vähäistä.

5.10 Vaasan sairaanhoitopiiri

Kunta/ tuottaja	SHP	SHP julk.	Yksityiset	Muut SHP:t	Muut SHP:t julk.	Yhteensä
Vaasan SHP	197 232	48 390	4 831	31 486	109	282 048
	70 %	17 %	2 %	11 %	0 %	100 %
Kaskinen	1 777	18	54	420	-	2 269
	78 %	1 %	2 %	19 %	0 %	100 %
Korsnäs	3 015	40	13	304	-	3 372
	89 %	1 %	0 %	9 %	0 %	100 %
Kristiinankaupunki	9 046	116	236	1 394	1	10 793
	84 %	1 %	2 %	13 %	0 %	100 %
Laihia	11 699	83	325	2 328	6	14 442
	81 %	1 %	2 %	16 %	0 %	100 %
Luoto	1 561	4 351	103	1 396	1	7 412
	21 %	59 %	1 %	19 %	0 %	100 %
Maalahti	9 271	125	145	1 093	-	10 633
	87 %	1 %	1 %	10 %	0 %	100 %
Mustasaari	25 734	254	458	3 159	20	29 625
	87 %	1 %	2 %	11 %	0 %	100 %
Närpiö	11 992	189	279	1 717	-	14 177
	85 %	1 %	2 %	12 %	0 %	100 %
Pedersöre	3 690	10 111	220	1 730	10	15 760
	23 %	64 %	1 %	11 %	0 %	100 %
Pietarsaari	10 141	25 809	660	5 680	10	42 300
	24 %	61 %	2 %	13 %	0 %	100 %
Uusikaarlepyy	4 539	6 096	278	916	2	11 831
	38 %	52 %	2 %	8 %	0 %	100 %
Vaasa	96 820	675	1 904	9 880	56	109 334
	89 %	1 %	2 %	9 %	0 %	100 %
Vöyri	7 949	522	157	1 472	2	10 101
	79 %	5 %	2 %	15 %	0 %	100 %

Taulukko 12. Vaasan SHP:n alueen palveluntuottajien osuudet sairaanhoitopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina

Vaasan sairaanhoitopiirin alueen palveluntuottajarakenne poikkeaa keskimääräisestä omassa sairaanhoitopiirissä tuotetun tuotannon osalta, joka on keskiarvoa alhaisempi ja oman sairaanhoitopiirin julkisten toimijoiden osalta, joka on keskiarvoa korkeampi. Poikkeaman keskiarvossa aiheuttavat Luodon, Pedersören, Pietarsaaren ja Uudenkaarlepyyn kunnat. Sairaanhoitopiirin muut kunnat sijoittuvat vähintään tutkimuksen keskiarvotasolle, 78 ja 89 prosentin välille, omalta sairaanhoitopiiriltä

hankituista palveluista. Vastaavasti oman sairaanhoitopiiri julkisilta toimijoilta hankitut palvelut ovat vähäisiä poikkeuskuntia lukuun ottamatta, jotka nostavat koko sairaanhoitopiirin keskiarvoa.

Kuntatasolla poikkeamia aiheuttaa muissa sairaanhoitopiireissä tuotetut erikoissairaanhoidon palvelut, mutta kyseisten kuntien pienuudesta johtuen koko sairaanhoitopiiri on vastaavalla tasolla muiden keskussairaalasairaanhoitopiirien kuntien kanssa. Yksityisten palveluntuottajien osuus on kaikissa kunnissa yhdestä kahteen prosenttia ja muiden sairaanhoitopiirien julkisten toimijoiden käyttö on olematonta.

Pietarsaaressa sijaitsee Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirasto, jonka alaisuudessa toimii Pietarsaaren sairaala ja jäsenkuntien vastaanottoyksiköt. Se vastaa Pietarsaaren (52 %), Luodon (59 %), Uudenkaarlepyyn (52 %) ja Pedersören (64 %) kuntien koko sosiaali- ja terveydenhuollosta (Yhteistoimintasopimus 2009). Se vastaa yli puolesta edellä mainittujen kuntien erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä, vaihdellen 52 ja 64 prosentin välillä. Erikoissairaanhoidon palveluiden hankinta sosiaali- ja terveysvirastolta selittää, miksi kuntien palveluiden hankinta omalta sairaanhoitopiiriltä on vähäistä. Se tuottaa laajasti erikoissairaanhoidon palveluita eri erikoisaloilta, mutta rajoitetulla vaativuusasteella keskussairaalaan verrattuna. Esimerkiksi kirurgian DRG-pisteet potilasta kohden vuonna 2013 Vaasan keskussairaalassa oli 5,4 ja Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirastossa ainoastaan 1,8. Vaasan luku on huomattavasti korkeampi Pietarsaaren verrattuna. Lukuarvo kertoo vuoden aikana potilasta kohden tuotetuista DRG-pisteistä ja se viittaa korkeampaan casemixiin ja/tai useampiin käynteihin potilasta kohden. Erikoissairaanhoidosta edellä mainitut kunnat hankkivat akuuttilääketieteen ja neurokirurgian kokonaisuudessaan Turun yliopistolliselta sairaalalta, kirurgian erikoisan palveluista noin puolet tuottaa Vaasan keskussairaala (47 %) ja kolmanneksen Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirasto (36 %), syöpätaudit hoidetaan pääasiassa Vaasan keskussairaalassa (81 %) ja loput Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (18 %), lasten neurologia tuotetaan pääasiassa Vaasan keskussairaalassa (87 %) ja ihotaudit ja allergologia sekä hammas-, suu- ja leukasairaudet tuotetaan Vaasan keskussairaalassa (52 %, 71 %) ja Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa (46 %, 25 %). DRG-pisteissä mitattuna tärkeimmät omalta sairaanhoitopiiriltä ostetut palvelut ovat sisätautien, kirurgian ja syöpähoitojen erikoisaloilta ja ne muodostavat 70 prosenttia kaikista omalta sairaanhoitopiiriltä ostetuista palveluista.

Muissa sairaanhoitopiireissä tuotetaan keskimääräistä enemmän erikoissairaanhoidon palveluita seuraavissa kunnissa: Laihia (16 %), Kaskinen (19 %), Luoto (19 %) ja Vöyri (15 %). Kunnat

muodostavat ainoastaan 12 prosenttia sairaanhoitopiirin kuntien erikoissairaanhoidon käytöstä, joten vaikutukset koko sairaanhoitopiirin alueen tasolla ovat vähäisiä. palveluntuottajista korkealle nousivat yliopistolliset sairaalat, etenkin Tampereen yliopistollinen sairaala, ja Luodon sekä Laihian osalta niiden lähellä sijaitsevat Keski-Pohjanmaan keskussairaala ja Seinäjoen keskussairaala.

Sairaanhoitopiirin alueen yliopistollisten sairaaloiden käyttö on poikkeuksellista. Vaasan sairaanhoitopiiri kuuluu Turun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen, mutta sairaanhoitopiirin alueen yliopistollisista sairaaloista hankituista palveluista vastaa pääosin Tampereen yliopistollinen sairaala. Turun yliopistollinen sairaala tuottaa ainoastaan 1,3 prosenttia jäsenkuntien erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä, Helsingin yliopistollisen sairaalan osuuden ollessa 1,8 prosenttia ja Tampereen yliopistollisen sairaalan 4,5 prosenttia.

5.11 Sairaanhoitopiirien muille tuottamat erikoissairaanhoidon palvelut

Sairaanhoitopiiri	Tuotetut DRG-pisteet	Suhteellinen osuus	Potilaat	Tuotetut DRG-pisteet per potilas (oma)	Tuotetut DRG-pisteet per potilas (muu)
Etelä-Pohjanmaa	6 325	2 %	3 235	2,67	1,96
Etelä-Savo	6 957	4 %	4 127	2,31	1,69
Kanta-Häme	5 562	2 %	2 333	3,03	2,38
Keski-Suomi	13 911	4 %	7 486	2,46	1,86
Kymenlaakso	4 570	2 %	2 345	2,88	1,95
Pirkanmaa	93 806	13 %	22 379	2,54	4,19
Pohjois-Pohjanmaa	93 233	15 %	13 056	3,36	7,14
Vaasa	8 251	4 %	2 936	2,83	2,81

Taulukko 13. Sairaanhoitopiirien tuottamat palvelut muille kuin oman SHP:nsä jäsenille

Tässä alaluvussa käsitellään sairaanhoitopiirien palvelutuotantoa muille kuin jäsenkuntiensa asukkaille. Sairaanhoitopiirit tuottavat tarvittaessa palveluita myös muille kuin omien jäsenkuntiensa asukkaille, kuten toisille sairaanhoitopiireille, puolustusvoimille ja henkilöille, joilla ei ole oikeutta Suomen sosiaaliturvaan. Taulukossa 13 on eroteltuna tutkimuksessa mukana olevien sairaanhoitopiirien muille tuottamat palvelut DRG-pisteittäin, niiden suhteellinen osuus koko sairaanhoitopiirin tuotannosta, muiden kuin sairaanhoitopiirin jäsenkuntien palveluita käyttäneiden potilaiden määrä ja sairaanhoitopiirin omien potilaiden sekä muille potilaille tuotettujen palveluiden vuoden 2013 DRG-pistekeskisarvon potilasta kohden.

Merkittävin ero sairaanhoitopiirien muille tuottamissa palveluissa on keskussairaalasairaanhoitopiirien ja yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiirien välillä. Pirkanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan myynnit muille ovat 13–15 prosenttia, kun keskussairaalasairaanhoitopiirien tapauksessa ne ovat kahdesta neljään prosenttia. Tämä ero selittyy Suomen terveydenhuoltojärjestelmällä, jossa kaikkein vaativin erikoissairaanhoito on keskitetty yliopistollisiin sairaaloihin, jotka kaikki kuuluvat omaan erityisvastuualueensa. Yliopistollisen sairaaloiden sairaanhoitopiirit vastaavat oman sairaanhoitopiirinsä lisäksi koko erityisvastuualueen vaativimmasta erikoissairaanhoidosta, josta syystä niiden palvelema asukaspohja on moninkertainen verrattuna yksittäiseen keskussairaalasairaanhoitopiiriin. Vastaavasti yliopistollisten sairaaloiden muille kuin omalle piirillensä tuottamien erikoissairaanhoidon palveluiden potilaskohtainen DRG-pistekeskiarvo on korkeampi, koska muista sairaanhoitopiireistä yliopistolliseen sairaalaan lähetetään ainoastaan vaativimmat tapaukset. Eron potilaskohtaisessa DRG-pistekeskiarvossa Tampereen ja Oulun yliopistollisten sairaaloiden välillä voi selittää esimerkiksi erot perusteissa, joilla potilaita lähetetään yliopistolliseen sairaalaan hoitoon, alueelliset sairastavuuserot tai erot hoidon laadussa. Molemmat yliopistolliset sairaalat tuottavat erikoissairaanhoidon palveluita myös erityisvastuualueidensa ulkopuolelle, mutta Tampereen yliopistollinen selkeästi enemmän. Sen tuotetuista DRG-pisteistä menee erityisvastuualueen ulkopuolelle 4,8 prosenttia ja Oulun yliopistollisen sairaalan tapauksessa ainoastaan 1,4 prosenttia. Tampereen ja Oulun yliopistollisten sairaaloiden luvut eivät ole täysin vertailukelpoisia, johtuen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän osittain omistamien yksityisten palveluntuottajien Pirkanmaan sairaanhoitopiirille ja muille tuottamista palveluista. Jos niiden osuus lasketaan mukaan, nousee Pirkanmaan sairaanhoitopiirin muille tuottamien erikoissairaanhoidon palveluiden osuus 14 prosenttiin.

Keskussairaalasairaanhoitopiirit poikkeavat yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiireistä siinä, että niiden tarkoituksena on tuottaa erikoissairaanhoidon palveluita pääasiassa jäsenkuntiensa asukkaille. Tästä syystä on luontevaa, että niiden muille tuotettujen DRG-pisteiden vuosittaiset potilaskeskiarvot ovat alhaisempia. Ero ei jää ainoastaan pienempään tuotosmäärään, vaan toisin kuin yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiireissä, muille tuotettujen palveluiden keskiarvot ovat alhaisempia kuin omien jäsenkuntien asukkaille tuotetut. Eroja selittänevät kaksi tekijää. Ensinnäkin keskiarvot ovat vuosikohtaisia, joten potilaan vuoden aikana saamasta hoidosta vain osa saatetaan tuottaa toisessa sairaanhoitopiirissä, jolloin muut potilaalle tuotetut hoidot nostavat oman sairaanhoitopiirin keskiarvoa. Potilasta hoidetaan mahdollisuuksien mukaan omassa sairaanhoitopiirissä ja muualla tuotetut palvelut

ovat poikkeuksia. Toiseksi syyt, jotka johtavat potilaiden lähettämiseen sairaanhoitopiiriin ulkopuolelle, voivat poiketa yliopistolliseen sairaalaan lähettämisestä. Muiden sairaanhoitopiirien käyttöön syitä voivat olla esimerkiksi yhteistyösopimukset erikoissairaanhoidon palveluiden tuottamisesta sairaanhoitopiirien välillä tai leikkausjonojen purkaminen.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiristä suurimmat ulkopuoliset palveluiden hankkijat ovat Itä-Savon (40 %) sekä Helsingin ja Uudenmaan (24 %) sairaanhoitopiirit ja niiden jäsenkunnat, jotka kattavat 64 prosenttia muiden hankinnoista. Itä-Savon sairaanhoitopiiriin alueen hankinnat painottuvat neurologian (54 %) ja kirurgian (29 %) palveluiden hankintaan, jotka kattavat 83 prosenttia sen hankinnoista Etelä-Savon sairaanhoitopiiristä. Hankinnat potilasmäärissä mitattuna eivät ole suuria vaan DRG-pisteiden määrä näyttää johtuvan hoitojen korkeasta vaativuusasteesta. Kirurgian palveluissa DRG-pisteiden määrä potilasta kohden on keskimäärin 10, joka on jopa hieman korkeampi Kuopion yliopistollisesta sairaalasta hankituilla palveluilla. Neurologian osalta pisteet per potilas ovat 6,2 ja Kuopion yliopistollisessa sairaalassa 6,7. Korkeat DRG-pistemäärät viittaavat siihen, että Mikkelin keskussairaalassa (Etelä-Savo) pystytään tuottamaan vaativampia erikoissairaanhoidon palveluita kirurgian ja neurologian aloilla kuin Itä-Savon sairaanhoitopiiriin alueella on mahdollista.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin tapauksessa keskimääräistä keskussairaalapiiriä suurempi osuus muille tuotetuissa palveluissa selittyy pitkälti Helsingin ja Uudenmaan (11 %), Etelä-Savon (8 %) ja Pirkanmaan (57 %) sairaanhoitopiireille ja niiden jäsenkunnille tuotetuista palveluista. Etelä-Savon osuus selittyy jaetulla hoitovastuulla, jossa osa sen tarvitsemista syöpähoidon erikoisalan palveluista tuotetaan Keski-Suomen keskussairaalassa ja vaativimmat tapaukset Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (Toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2015–2017 (2014)). Helsingin ja Uudenmaan sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirien alueiden tapauksessa hankinnat jakautuvat tasaisemmin erikoisaloittain eikä yksittäiset erikoisalat nouse yli muiden.

Muiden sairaanhoitopiirien ja niiden jäsenkuntien hankinnan osuutta Vaasan sairaanhoitopiiristä selittää valtaosin Etelä-Pohjanmaan kuntien hankinnat, jotka kattavat 68 prosenttia kaikista muiden sairaanhoitopiirien ja niiden jäsenkuntien hankinnoista. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin alueen hankinnat tapahtuvat pääasiassa syöpätautien (38 %), sisätautien (10 %) ja kirurgian (11 %) erikoisaloilta, jotka kattavat 59 prosenttia kaikista muiden hankkimista palveluista Vaasan sairaanhoitopiiriltä. Syöpätautien korkeaa osuutta selittää Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin käytäntö ohjata syöpähoitoihin Vaasan keskussairaalan ja Tampereen yliopistollisen sairaalan syöpätautien

yksiköihin. Muita ostoja osaltaan selittänee vuonna 2013 käynnissä ollut Seinäjoen sairaalan eri osastoilla ollut peruskorjaus ja lääkärivaje useilla erikoisaloilla, jota paikattiin ylitoilla ja ostopalveluilla. (Vuosikertomus 2013.)

Kanta-Hämeen ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirien osalta erikoissairaanhoidon palveluiden tuotanto muille on vähäisempää. Kanta-Hämeen osalta tärkeimmiksi palveluiden ostajiksi nousevat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alue 39 prosentin osuudellaan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alue 23 prosentin osuudella. Myydyimmät erikoisalajat kaikista muille tuotetuista palveluista olivat kirurgia 27 prosentin osuudellaan ja psykiatria 15 prosentin osuudellaan. Kymenlaakson osalta tärkein palveluiden ostaja on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alue, jonka ostot kattavat 65 prosenttia kaikista myydyistä palveluista. Myydyimmät erikoisalajat olivat kirurgia 34 prosentin osuudellaan ja sisätaudit 18 prosentin osuudellaan.

5.12 Erikoissairaanhoidon palvelutuotannon tuotosten määrä suhteessa sairaanhoitopiirien väestöpohjaan

Tässä alaluvussa käydään läpi eroavaisuuksia erikoissairaanhoidon palveluiden käytössä sairaanhoitopiirien alueiden välillä Suomessa. Sairanhoitopiirien alueiden erikoissairaanhoidon käytön määrä poikkeaa runsaasti eivätkä erot sairastavuudessa selitä eroja käyttömäärissä. Alla olevassa taulukossa on listattuna kaikki Suomen sairaanhoitopiirit, niiden jäsenkuntien asukkaille tuotetut DRG-pisteet, niiden asukasluvut vuodelta 2013, asukaskohtainen keskiarvo mitattuna DRG-pisteissä, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen laskema sairaanhoitopiirikohtainen sairastavuusindeksi, sairastavuusindeksillä oikaistu erikoissairaanhoidon palveluiden asukaskohtainen tarve ja sairaanhoitopiirien aluekohtainen käyttöpoikkeama koko Suomen asukaskohtaisesta keskiarvosta (Sairanhoitopiirien väestötietoja ikäryhmittäin 31.12.2014. 2015). Vertailussa on mukana kaikki Suomen sairaanhoitopiirit, koska näin saadaan realistisempi kuvaus eroista myös tutkimuksessa mukana olevien sairaanhoitopiirien jäsenkuntien asukaskohtaisesta erikoissairaanhoidon käytöstä.

Sairaanhoitopiiri	DRG-pisteet	Asukkaita	Keski-arvo	Sairastavuus-indeksi	Sairastavuus-indeksillä oikaistu keskiarvo	Käyttöpoikkeama
Ahvenanmaa	62 415	28 666	2,18	70 %	1,18	85 %
Etelä-Karjala	245 279	132 252	1,85	99 %	1,65	12 %
Etelä-Pohjanmaa	307 895	198 831	1,55	103 %	1,72	-10 %
Etelä-Savo	199 087	104 407	1,91	109 %	1,82	5 %
Helsinki ja Uusimaa	2 333 184	1 581 450	1,48	83 %	1,38	7 %
Itä-Savo	91 768	44 444	2,06	108 %	1,81	14 %
Kainuu	152 990	76 782	1,99	116 %	1,94	3 %
Kanta-Häme	307 912	175 481	1,75	96 %	1,61	9 %
Keski-Pohjanmaa	135 537	78 284	1,73	107 %	1,78	-3 %
Keski-Suomi	413 821	250 773	1,65	111 %	1,85	-11 %
Kymenlaakso	299 808	173 864	1,72	109 %	1,83	-6 %
Lappi	192 177	118 314	1,62	108 %	1,81	-10 %
Länsi-Pohja	124 152	64 200	1,93	121 %	2,02	-4 %
Pirkanmaa	878 936	521 540	1,69	98 %	1,64	3 %
Pohjois-Karjala	311 642	169 112	1,84	113 %	1,89	-3 %
Pohjois-Pohjanmaa	619 757	403 555	1,54	121 %	2,02	-24 %
Pohjois-Savo	490 059	248 430	1,97	124 %	2,08	-5 %
Päijät-Häme	356 627	213 428	1,67	106 %	1,77	-5 %
Satakunta	430 547	224 556	1,92	97 %	1,62	18 %
Vaasa	282 048	168 848	1,67	88 %	1,48	13 %
Varsinais-Suomi	853 683	474 053	1,80	102 %	1,71	5 %
Yhteensä	9 121 353	5 451 270	1,67	100 %	1,67	0 %

Taulukko 14. SHP:n asukkaiden erikoissairaanhoidon palveluiden käyttökeskiarvo asukasta kohden oikaistuna sairastavuusindeksillä

Sairastavuusindeksillä oikaistut keskiarvot sairaanhoitopiirien alueille on laskettu kertomalla kunkin sairaanhoitopiirin alueen sairastavuusindeksi koko Suomen asukaskohtaisella DRG-pistekeskiarvolla eli 1,67:llä. Oikaistu keskiarvo perustuu oletamaan, että keskimäärin Suomessa tuotetaan riittävästi erikoissairaanhoidon palveluita asukasta kohden, jolloin kertomalla tämä luku sairaanhoitopiirin alueen sairastavuusindeksillä saadaan kuva sairaanhoitopiirien aluekohtaisesta erikoissairaanhoidon palveluiden käyttötarpeesta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sairastavuusindeksistä käytetään kuvaamaan eri alueiden, kuten sairaanhoitopiirien väestön, sairastavuutta suhteessa koko Suomen tasoon. Mitä korkeampi sairastavuusindeksi on, sitä enemmän alueen asukkaat sairastavat verrattuna koko Suomen keskiarvoon. Se kattaa seitsemän eri sairausryhmää ja siinä käytetään neljää eri

painotuskulmaa, joilla arvioidaan sairauksien merkitystä väestön kuolleisuuteen, työkyvyttömyyteen ja vaikutuksia elämänlaatuun sekä terveydenhuollon kustannuksiin. Mukana olevat indeksit ovat syöpä-, sepelvaltimo-, aivoverisuoni-, tuki- ja liikuntaelinsairaudet-, mielenterveys-, tapaturma- ja dementia-indeksit. (THL:n sairastavuusindeksi 2015.) Sairaanhoitopiirien aluekohtaiset käyttöpoikkeamat on laskettu jakamalla sairaanhoitopiirin asukkaille tuotettujen DRG-pisteiden keskiarvo oikaistulla keskiarvolla, josta on vähennetty yksi. Luvut ovat muutettu prosenttiluvuiksi ja ne kuvastavat kuinka paljon kussakin sairaanhoitopiirissä käytetään DRG-pisteitä suhteessa sairastavuusindeksillä oikaistuun tarpeeseen. Käyttöpoikkeaman laskemisella pyritään osoittamaan, että sairaanhoitopiirien alueiden erot palvelutuotannossa eivät johdu ainoastaan alueellisista sairastavuuseroista, vaan taustalla on muita tekijöitä. Positiivinen luku käyttöpoikkeamassa viittaa ylituotantoon DRG-pisteissä mitattuna ja negatiivinen alituotantoon väestön tarpeisiin nähden.

Sairaanhoitopiirien alueiden sairastavuus Suomessa vaihtelee runsaasti, ollen alimmillaan Ahvenanmaan sairaanhoitopiirin alueella (70 %) ja korkeimmillaan Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella (124 %). Tutkimuksessa kohteena olevien sairaanhoitopiirien alueiden sairastavuuden vaihtelu on pienempää, vaikka kuitenkin runsasta. Alhaisin se on Vaasan sairaanhoitopiirin alueella (88 %) ja korkeimmillaan Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (121 %).

Sairaanhoitopiirien alueiden käyttöpoikkeamat vaihtelevat suuresti sairaanhoitopiirien alueista toiseen. Kaikista sairaanhoitopiirien alueista Ahvenanmaan käyttöpoikkeama on suurin 85 prosentin ylituotannolla ja alhaisin on Pohjois-Pohjanmaalla 24 prosentin alituotannolla. Tutkimuksen kohdesairaanhoitopiirien alueista korkein käyttöpoikkeama on Vaasan sairaanhoitopiirin alueella, jossa tuotetaan 13 prosenttia yli sairastavuusindeksillä korjatun asukaskohtaisen DRG-pistekeskiarvon. Alhaisin poikkeama on edellä mainitulla Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Muut tutkimuksen sairaanhoitopiirien alueet jakautuvat pienemmälle vaihteluvälille. Etelä-Pohjanmaa (-10 %), Keski-Suomi (-11 %) ja Kymenlaakso (-6 %) ovat käyttöpoikkeamaltansa negatiivisia ja Etelä-Savo (5 %), Kanta-Häme (9 %) ja Pirkanmaa (3 %) puolestaan positiivisia.

Sairaanhoitopiirien alueiden käyttöpoikkeamat eivät kerro, mistä käyttöpoikkeamat johtuvat. Sairastavuusindeksillä korjatut keskiarvot yrittävät sulkea pois sairastavuuden vaikutuksia sairaanhoitopiirien jäsenkuntien erikoissairaanhoidon palveluiden kysyntään. Suuret vaihtelut sairaanhoitopiirien alueiden välillä viittaavat siihen, että erot eivät selity ainoastaan sairastavuudella vaan erojen taustalla olevat syyt voivat olla esimerkiksi tuotettujen palveluiden laatu sekä yli- ja

alituotanto erikoissairaanhoidossa. Sairaanhoidopiirien alueiden välisistä tuottavuuseroista on tehty havaintoja muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sairaaloiden tuottavuus -raportissa (Häkkinen 2015) ja Tunnuslukuprojektin ensimmäisessä raportissa (Kinnula et al. 2014). Tässä tutkimuksessa ovat mukana ainoastaan tuotetut DRG-pisteet eli tuottavuuserot eivät selitä sairaanhoidopiirien alueiden välisiä eroja palveluiden käytössä. Laatuerot voivat johtaa korkeampaan tuotantoon osassa sairaanhoidopiirien alueista, jos potilaat joutuvat usein palaamaan hoidettavaksi saman vaivan vuoksi. Todennäköisin syy sairaanhoidopiirien aluekohtaisiin eroihin on piirien alueittain poikkeavat hoitokäytännöt, jotka voivat esiintyä esimerkiksi siinä millä perustein potilaita lähetetään erikoissairaanhoidon pariin sekä millä perustein potilaille tuotetaan erikoissairaanhoidon palveluita. Toisin sanoen palveluiden saatavuudessa on eroja eri sairaanhoidopiirien alueilla. Tämä on ongelmallista, koska terveydenhuoltolain (30.12.2012/1326) toisessa pykälässä lain tarkoituksena mainitaan muun muassa väestöryhmien terveyserojen kaventaminen ja yhdenvertaisten palveluiden saatavuuden, laadun sekä potilasturvallisuuden toteuttaminen väestölle. Kuitenkaan laissa säädetty ja erikoissairaanhoidon tosiasiallinen tila sairaanhoidopiireissä ja niiden alueilla eivät vastaa toisiaan.

6. Tutkimustulosten pohdinta ja johtopäätökset

Luvun kuusi ensimmäisessä alaluvussa käydään läpi tutkimuksen tärkeimmät löydökset erikoissairaanhoidon palveluntuottajarakenteesta Suomessa sekä esitetään laskentamalli, jolla sairastavuuden vaikutusta erikoissairaanhoidon palveluiden mitoittamisessa voidaan huomioida paremmin. Toisessa alaluvussa pohditaan mitä ongelmia nykyisissä käytännöissä on ja miten tutkimustuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitopiirien päätöksenteossa ottaen huomioon tulossa oleva sote-uudistus. Kolmannessa alaluvussa tarkastellaan tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Neljännessä alaluvussa esitetään jatkotutkimusehdotuksia.

6.1 Tutkielman keskeiset löydökset

6.1.1 Keskeiset löydökset sairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajarakenteessa

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää tutkimuksessa mukana olevien sairaanhoitopiirien alueiden erikoissairaanhoidon palveluntuottajarakenne. Tuloksista nähdään, että tutkimuksissa mukana olevien sairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajarakenne poikkeaa toisistaan merkittävästi. Esimerkiksi sairaanhoitopiirien alueiden oman erikoissairaanhoidon tuotannon osuus vaihtelee 62 ja 89 prosentin välillä sairaanhoitopiirien alueiden kokonaiskäytöstä. Syyt poikkeaviin palveluntuottajarakenteisiin löytyvät tyypillisesti osasta sairaanhoitopiirin jäsenkuntia. Sairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajarakenteen poikkeavuudet voidaan kohdistaa kolmeen eri ryhmään käytettyjen palveluntuottajaluokkien mukaan eli oman sairaanhoitopiirin julkisiin toimijoihin, yksityisiin palveluntuottajiin ja muiden sairaanhoitopiirien palveluntuottajiin. Muiden sairaanhoitopiirien julkiset toimittajat tuottavat ainoastaan murto-osan tutkimussairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon palveluista.

Sairaanhoitopiiri	Hankkijakunta	Palveluntuottajat
Etelä-Savo	Pieksämäki	Pieksämäen terveyskeskus*
Kanta-Häme	Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela ja Ypäjä (Forssan seudun kuntayhtymä)	Forssan sairaala**
Kymenlaakso	Kouvola	Pohjois-Kymen sairaala
Pirkanmaa	Nokia Tampere	Nokian terveyskeskus Tampereen terveyskeskus
Pohjois-Pohjanmaa	Pyhäjoki, Raahe ja Siikajoki (Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä) Oulu	Raahen sairaala Oulun terveyskeskus
Vaasa	Luoto, Pedersöre, Pietarsaari ja Uusikaarlepyy	Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirasto

Taulukko 15. Sairaanhoitopiirien jäsenkuntien käyttämät julkiset toimijat omassa sairaanhoitopiirissä

*Pieksämäen terveyskeskuksen oma erikoissairaanhoidon palvelutuotanto loppui huhtikuussa 2016.

**Forssan sairaalan yöpäivystys ja leikkaustoiminta on lopettamisuhan alla vuoden 2017 alusta alkaen.

Omaan sairaanhoitopiiriin kuuluvien julkisten toimijoiden käyttö palvelutuotannossa on suurinta Kymenlaakson (25 %) ja Vaasan (17 %) sairaanhoitopiirien alueilla. Puolestaan Keski-Suomen ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien alueilla oman sairaanhoitopiirin julkisia toimijoita erikoissairaanhoidon palveluiden tuotannossa ei käytetä lainkaan. Oman sairaanhoitopiirin julkisten toimijoiden käyttöä selittävät sairaanhoitopiirien alueilla sijaitsevat terveyskeskus- ja/tai aluesairaalat, jotka tuottavat osalle sairaanhoitopiirin jäsenkunnista erikoissairaanhoidon palveluita. Taulukossa 15 on eroteltu kunkin sairaanhoitopiirin ja sen jäsenkuntien pääasiassa käyttämät terveyskeskus- ja aluesairaalat. Valtaosa tutkimuksen kunnista ei käytä juuri ollenkaan oman sairaanhoitopiirin alueen julkisia toimijoita. Sairaanhoitopiirien ja sen jäsenkuntien julkisten toimijoiden käyttö on alueittaista ja perustuu alueellisten terveyskeskussairaaloiden olemassaoloon ja palvelutarjontaan.

Yksityisten palveluntuottajien merkitys palveluntuottajarakenteeseen on pieni, yhdestä kolmeen prosenttia kokonaistuotannosta lukuun ottamatta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin aluetta. Kuntatasolla erot ovat suurempia. Pirkanmaan tapauksessa korkeaa yksityisten palveluntuottajien osuutta (13 %) selittävät tekonivelsairaala Coxa ja Tays Sydänkeskus, joista edellisestä sairaanhoitopiiri omistaa enemmistön (62,3 %) ja jälkimmäisen kokonaisuudessaan. Kunnista poikkeuksen muodostavat Kuhmoinen ja Jämsä, jotka ovat ulkoistaneet osan erikoissairaanhoidon tuotannostaan Jokilaakson terveys Oy:lle, jonka omistavat Pihlajalinna (51 %), Jämsän kunta (39 %) ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri (10 %). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntia lukuun ottamatta yksityisten

palveluntuottajien käyttö erikoissairaanhoidossa on vähäistä. Yksityinen palvelutuotanto on verrattain keskittynyttä Tays Sydänkeskuksen, Coxan, Terveystalojen ja Pihlajalinnan tuottaessa 90,4 prosenttia tutkimuksen sairaanhoitopiirien alueiden yksityisillä palveluntuottajilla tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista.

Muiden sairaanhoitopiirien palveluntuottajien käytön syyt ovat monimuotoiset johtuen Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä. Kaikkien sairaanhoitopiirien alueet käyttävät muiden sairaanhoitopiirien palveluntuottajia, koska erittäin vaativia erikoissairaanhoidon palveluita on tarjolla vain tietyissä yliopistollisissa sairaaloissa ja akuuttia hoitoa voi hakea kaikista sairaanhoitopiireistä.

Keskussairaalasairaanhoitopiirien alueilla osuus DRG-pisteistä vaihtelee 9-12 prosentin välillä ja yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiirien alueilla kolmesta neljään prosenttiin. Yliopistollisissa sairaaloissa tuotetut erikoissairaanhoidon palvelut eivät ole ainoa muiden sairaanhoitopiirien palveluntuottajien käyttöä selittävä tekijä.

Eri sairaanhoitopiireillä ja niiden jäsenkunnilla löytyy erilaisia selittäviä tekijöitä, miksi palveluita hankitaan muualta. Syy palveluiden hankintaan muualta selittyy usein kuntien halukkuudella käyttää muita kuin oman sairaanhoitopiirin palveluntuottajia. Esimerkiksi Joroisten kunta tekee yhteistyötä Varkauden kaupungin kanssa sosiaali- ja terveystalujen järjestämisessä sekä on halukas liittymään Itä-Savon sairaanhoitopiiriin. Kuhmoinen ja Jämsä puolestaan kuuluivat ennen eri sairaanhoitopiiriin ja käyttivät vielä vanhan sairaanhoitopiirinsä keskussairaalaan tiettyihin erikoissairaanhoidon palveluihin. Osa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnista ovat halukkaita lisäämään ostoja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä ja Raahen sairaalasta halvempien hintojen takia verrattuna sairaanhoitopiirin omiin tuottajiin. Vaasan sairaanhoitopiirin alueen hankinta Tampereen yliopistollisesta sairaalasta on huomattavasti suurempaa kuin sairaanhoitopiirin oman erityisvastuualueen yliopistollisesta sairaalasta eli Turun yliopistollisesta sairaalasta. Osassa sairaanhoitopiireissä on havaittavissa lievää erikoistuneisuutta palvelutuotannossa. Esimerkiksi Etelä-Savo ostaa syöpähoitoja Keski-Suomen keskussairaaltalta ja Etelä-Pohjanmaa puolestaan Vaasan keskussairaaltalta.

Selkein ero sairaanhoitopiirien palvelutuotannossa muille sairaanhoitopiireille ja niiden jäsenkunnille syntyy yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiirien ja keskussairaalasairaanhoitopiirien välille. Pirkanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien tuotanto muille muodostaa 13–15 prosenttia niiden tuotannosta. Tutkimuksessa mukana olevien keskussairaalasairaanhoitopiirien tuotanto muille

muodostaa ainoastaan kahdesta neljään prosenttia niiden tuotannosta. Tutkimuksen yliopistosairaaloissa DRG-pisteiden määrä per potilas vuodessa on selkeästi korkeampi kuin kyseisten sairaanhoitopiirien omille potilaille tuotettu DRG-pistekeskisarvo. Tämä on luonnollinen seuraus siitä, että yliopistolliset sairaalat hoitavat muiden sairaanhoitopiirien vaikeahoitoisimpia potilaita. Keskussairaalahoitopiirien tapauksessa tilanne on päinvastoin. Muille kuin oman sairaanhoitopiirin potilaille tuotetut DRG-pisteet vuodessa ovat alhaisemmat kuin omille potilaille tuotetut. Selittävinä tekijöinä voivat olla esimerkiksi eri perusteet, joilla potilaita lähetetään hoitoon joko yliopistolliseen sairaalaan tai keskussairaalaan. Lisäksi vain osa hoidosta saatetaan toteuttaa muussa sairaanhoitopiirissä ja muut osat hoidosta kotisairaanhoitopiirissä, jolloin muille tuotettujen palveluiden DRG-pistekeskisarvo pysyy matalampana. Muiden sairaanhoitopiirien käyttöön syinä ovat muun muassa leikkausjonojen purkaminen ja erilaiset yhteistyösopimukset muiden sairaanhoitopiirien kanssa palvelutuotannosta. Kokonaisuudessaan näyttää siltä, että sairaanhoitopiirit eivät pyri erikoistumaan tiettyntyyppisiin hoitoihin, vaan pyrkivät mahdollisuuksien mukaan tuottamaan mahdollisimman laajasti erikoissairaanhoidon palveluita.

Sairaanhoitopiirien alueiden välillä ei ole havaittavissa yhtenäistä kaavaa, miten palveluntuottajarakenne muodostuu. Sairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajarakenteisiin vaikuttavat useat eri tekijät, kuten alueella olemassa olevat sairaalat ja niiden maantieteellinen jakautuminen, elinkeinopoliittiset syyt ja sairaanhoitopiirien alueiden kuntien päätöksenteko siitä, mistä palveluita hankitaan. Palveluntuottajarakenteisiin vaikuttavia elinkeinopoliittisia syitä ovat muun muassa kuntien halukkuus säilyttää työpaikat kunnan alueella ja kerryttää näin verotuloja sekä palvelutuotannon säilyminen kuntalaisten lähellä. Edellä mainituista syistä johtuen kunnat voivat olla halukkaampia hankkimaan palveluita omilta palveluntuottajiltaan, vaikka se olisi kalliimpaa.

6.1.2 Sairastavuuden huomiointi erikoissairaanhoidon tuotannon mitoittamisessa väestöpohjan tarpeisiin

Tutkimuksen löydöksiä perusteella kehitettiin uusi laskentamalli, jonka tavoitteena on tuottaa parempaa ja käyttökelpoisempaa tietoa sairaanhoitopiirien alueiden välisistä erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöeroista ja näin helpottaa palveluiden mitoittamista. Suomen sairaanhoitopiirien alueiden hankkimien DRG-pisteiden määrä asukasta kohden vaihtelee merkittävästi eri sairaanhoitopiirien välillä. Hankittujen pisteiden määrä ei selitä sitä, mistä erot palveluiden käytössä johtuvat. Tästä syystä tutkimusdataa oli käsiteltävä, jotta saataisiin käyttökelpoisempaa tietoa alueiden välisistä

hankintaeroista. Sairastavuus vaihtelee Suomessa alueittain ja sillä usein perustellaan alueellista vaihtelua erikoissairaanhoidon palveluiden käytössä. Käyttämällä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sairastavuusindeksiä oikaisemaan sairaanhoitopiirien alueiden erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöä, pystytään pienentämään sairastavuuden vaikutusta optimaaliseen käyttömäärään. Mitä korkeampi sairastavuusindeksi on, niin sitä enemmän sairaanhoitopiirin alueella sairastetaan verrattuna Suomen keskiarvoon.

Laskentamallin perusoletuksena on, että Suomessa tuotetaan keskimäärin oikea määrä DRG-pisteitä per asukas. Koko Suomen keskiarvoa oikaistiin sairaanhoitopiirien aluekohtaisilla sairastavuusindekseillä, jolloin saadaan arvot, joiden tarkoituksena on kuvastaa erikoissairaanhoidon palveluiden tarvetta sairaanhoitopiirien alueilla. Tätä oikaistua arvoa verrattiin kunkin sairaanhoitopiirin alueen toteutuneeseen käyttöön, josta saatiin prosenttiluku, joka kuvastaa joko yli- tai alituotantoa sairaanhoitopiirin alueen asukkaille.

DRG-pisteiden oikaistut keskiarvot poikkeavat suuresti sairaanhoitopiirien alueiden välillä, joka kertoo siitä, että sairastavuus ei todellisuudessa ole ainoa selittävä tekijä erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöeroissa, vaan taustalla on muita tekijöitä. Muita tekijöitä voivat olla esimerkiksi laatuerot, josta syystä samaan vaivan takia hakeudutaan useammin hoitoon tai erilaiset perusteet hoitoon ohjauksessa. Suomen sairaanhoitopiirien alueista suurin käyttöpoikkeama on Ahvenanmaalla, jossa ylituotannon osuus asukkaille on 85 prosenttia. Pohjois-Pohjanmaalla puolestaan on suurin alituotanto eli 24 prosenttia alle teoreettisen tarpeen. Tutkimuksen sairaanhoitopiirien alueista eniten ylituotantoa on Vaasan sairaanhoitopiirin asukkaille (13 %) ja suurin alituotanto Pohjois-Pohjanmaalla. Muut tutkimuksen sairaanhoitopiirien alueista sijoittuvat 11 prosentin alituotannon ja 9 prosentin ylituotannon välille.

Todennäköisin syy sairaanhoitopiirien aluekohtaisiin eroihin ovat sairaanhoitopiirien ja niiden jäsenkuntien väliset erot siinä, millä perusteiden potilaita lähetetään erikoissairaanhoidon piiriin ja millä perusteilla erikoissairaanhoidon palveluita tuotetaan potilaille. Tämä asettaa eri sairaanhoitopiirien alueiden asukkaat eriarvoiseen asemaan, koska palveluiden saatavuudessa on eroja sairaanhoitopiirien alueiden välillä. Terveystieteiden mukainen yhdenvertainen palveluiden saatavuus ja väestöryhmien terveyserojen kaventaminen eivät tällä hetkellä Suomessa täysin toteudu. Tutkimuksessa laadittu laskentamalli auttaa sairaanhoitopiirejä parantamaan palveluiden mitoitus-

koska laskentamalli mahdollistaa palveluiden nykykäytön ja sairastavuusindeksillä korjatun optimaalisen käytön tason vertailun.

Laadittu laskentamalli ei anna absoluuttisia tuloksia sairastavuuden vaikutuksesta tuotantoon, vaan tarkoituksena on tuottaa tuloksia, joiden perusteella tarvittaessa pystytään kohdistamaan lisätutkimusta oikealle alueelle eli siihen mistä sairaanhoitopiirien alueiden yli- tai alituotanto johtuvat. Laskentamalli perustuu kahteen oletukseen: a) Suomessa tuotetaan keskimäärin oikea määrä erikoissairaanhoidon palveluita ja b) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sairastavuusindeksi kuvaa todenmukaisesti sairaanhoitopiirien alueiden välisiä sairastavuuseroja. Sairastavuusindeksin tiedot perustuvat seitsemään eri indikaattoriin, jotka perustuvat eri erikoissairaanhoidossa hoidettaviin sairauksiin pois lukien tapaturmaindeksi, joka sisältää myös perusterveydenhuollossa suoritettavia hoitotoimenpiteitä. Laskentamallia pystytään hyödyntämään myös kuntien väliseen vertailuun.

6.2 Tutkimustulosten pohdinta ja johtopäätökset

Tutkimuksen kirjallisuuskatsauksessa havaittiin useita ongelmia sairaanhoitopiirien alueiden palvelutuotannossa, joiden takia sairaanhoitopiirien alueiden tuloksellisuus kärsii. Esimerkiksi palveluhankintojen päätöksentekoon vaikuttavat poliittiset motiivit, kuntien harjoittama osaoptimointi hankinnassaan ja selittämättömät erot sairaanhoitopiirien alueiden välisissä erikoissairaanhoidon palveluiden käyttömäärissä. Hallituksen valmisteleva sote-uudistus pystyy ratkaisemaan ainakin osan nykyisen järjestelmän olemassa olevista ongelmista. Tässä luvussa käydään läpi tutkimuksessa ja sen kirjallisuuskatsauksessa esiin nousseita ongelmia sekä sote-uudistuksen mahdollisia vaikutuksia niiden ratkaisemiseksi.

Yksi merkittävin nykyjärjestelmän ongelmista on kuntien vastuu palveluiden järjestämisestä. Laki erikoissairaanhoidosta ei velvoita kuntia käyttämään oman sairaanhoitopiirinsä palveluntuottajia, joka mahdollistaa palveluiden hankinnalla politikoinnin ja palveluiden hankinnan muilta tuottajilta tilanteissa, joissa se ei ole optimaalista. Useat tutkimuksessa mukana olevista kunnista ostavat palveluita omaan sairaanhoitopiirinsä kuulumattomilta julkisilta toimijoilta, vaikka toiminta ei ole erikoissairaanhoitolain hengen mukaista. Esimerkiksi Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueella on kaksi keskenään kilpailevaa erikoissairaanhoidon palveluntuottajaa (Kotkan keskussairaala ja Pohjois-Kymen sairaala) ja osa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnista ostavat palveluita sairaanhoitopiirinsä ulkopuolelta halvempien hintojen takia. Nykyinen tilanne on mahdollinen, koska palvelujen järjestämisvastuu on kunnilla sairaanhoitopiirien sijasta. Näin jokainen kunta voi

halutessaan ostaa palveluita haluamaltaan toimijalta, vaikka toisen tuottajan käyttö olisi kokonaistaloudellisesti edullisempaa. Päätöksiä palveluiden hankinnasta tehdään poliittisin perustein eikä aina potilaan etua ajatellen. Kunnat ovat valmiita hankkimaan kalliimpia palveluita, jos siten pystyvät varmistamaan muun muassa työpaikkojen pysymisen omassa kunnassaan, takaamaan verotulojen määrän ja palveluiden tarjonnan lähempänä kuntalaisia (Aaltonen et al. 2007a; 31). Lisäksi ulkoistamispäätökset voivat tulla kalliimmiksi osaoptimoinnin takia. Kunta voi ostaa halvemman hinnan takia palveluita omaan sairaanhoitopiiriinsä kuulumattomalta tuottajalta, koska palvelun hinta vaikuttaa edullisemmalta. Todellisuudessa kunnat vastaavat sairaanhoitopiirien kustannuksista ja hintavertailussa ei ole välttämättä huomioitu kiinteitä kustannuksia. Jos oman palveluntuottajan hinnasta vähennetään kiinteät kustannukset, voi hintavertailun tulos muuttua päinvastaiseksi. Tällöin palveluiden ulkoistus on johtunut ns. osaoptimoinnista, joka johtaa todellisuudessa korkeampiin terveydenhuollon järjestämiskustannuksiin. Tilanteeseen voidaan ajautua, jos sairaanhoitopiirin laskutusjärjestelmä (esimerkiksi laskutus toteutuneiden palveluiden perusteella) aiheuttaa kunnille kannustimen ulkoistaa palveluitaan. Tutkimuksen tulokset näyttävät suuntaa siitä, minkä sairaanhoitopiirien alueilla sairaanhoitopiirien alueen julkisten toimijoiden käyttö on yleistä, ja mahdollistaa kyseisten alueiden palveluiden hankinnan kriittisen tarkastelun ja ongelmakohtiin puuttumisen jatkossa.

Tuloksellisuuden näkökulmasta kuntien ja sairaanhoitopiirien ostoja oman sairaanhoitopiiriinsä ulkopuolelta ei voi automaattisesti pitää joko parempina tai huonompina kuin muita vaihtoehtoja. Ostot oman sairaanhoitopiirin ulkopuolelta ovat kannattavia, jos ne johtuvat sairaanhoitopiirien erikoistumisesta tai ne lisäävät palvelutuotannon joustavuutta. Erikoistumisesta johtuvat ostot ovat hyödyllisiä, koska ne tyypillisesti parantavat palveluiden laatua ja pienentävät niistä syntyviä kustannuksia. Palvelutuotannon joustavuus sairaanhoitopiirien välillä mahdollistaa pienemmän erikoissairaanhoidon palvelutuotannon kokonaiskapasiteetin olemassaolon ja mahdollistaa täten kustannussäästöt palvelutuotannossa. Lisäksi ostoja oman sairaanhoitopiirin ulkopuolelta voidaan pitää hyödyllisinä, koska ne altistavat sairaanhoitopiirin tuotannon kilpailulle ja kannustavat niitä tehostamaan palvelutuotantoaan. Samanaikaisesti kuntien harjoittamalla palveluiden hankinnalla oman sairaanhoitopiirin ulkopuolelta on myös negatiivisia vaikutuksia, koska ne saattavat haitata sairaanhoitopiirien palveluiden mitoitusta ja voivat täten nostaa sairaanhoitopiirien palvelutuotannosta aiheutuvia kustannuksia johtuen muun muassa yli- tai alikapasiteetista sairaanhoitopiirin palvelutuotannossa. Sairaanhoitopiiritasolla tehtävät päätökset palveluiden hankinnasta omien

palveluntuottajien ulkopuolelta poistaa ongelman palveluiden mitoituksessa, koska ostettavat palvelut voidaan huomioida jo suunnitteluvaiheessa.

Poliittisten syiden lisäksi nykyjärjestelmässä ongelmia tuottaa palveluiden hankinnan järjestäminen. Onnistunut palveluiden ulkoistus edellyttää syvällistä ymmärrystä hankintalaista ja hankintamenettelyistä. Usein hankinnat kuitenkin toteutetaan käyttäen joko rajoitettua tai avointa hankintamenettelyä, joka soveltuu heikosti sosiaali- ja terveystalouden palveluiden järjestämiseen. Pienten hankintayksiköiden asiantuntijuuden puute lisää hankintojen riskisyyttä sekä kustannuksia ja voi heikentää palveluntuottajan halukkuutta kehittää palvelutuotantoansa. Palvelusetelin käyttö puolestaan asettaa ihmiset eriarvoiseen asemaan toimintakykynsä ja mahdollisesti varakkuutensa sekä asuinpaikkakuntansa perusteella.

Hallituksen valmisteleva sote-uudistus parantaa tilannetta edellä mainittujen ongelmien kohdalla. Hankinnan siirtyminen kunnilta maakunnille nostaa hankintayksikön valmiutta järjestää alueen terveydenhuollonpalvelut. Keskitetyllä hankinnalla päästään eroon epäsuotuisista ilmiöistä kuten poliittisin perustein tehtävistä päätöksistä kuntatasolla ja kuntatason osaoptimoinnista. Uudistus mahdollistaa palveluiden keskittämisen ja sairaaloiden erikoistumisen, joilla voidaan parantaa hoidon tuloksellisuutta. Kilpailutuksen osalta tilanne paranee maakuntien paremman asiantuntijuuden myötä. Isommalla hankintayksiköllä on tarvittavat resurssit, joilla voidaan onnistuneesti käyttää hankinnan edistyneempiä muotoja kuten neuvottelumenettelyä. Edistyneemmillä hankintamuodoilla voidaan parantaa terveydenhuollon tuottavuutta ja pienentää siitä syntyviä kustannuksia. Sote-uudistus ei poista mahdollista maakuntien välistä kilpailua ja siitä syntyviä mahdollisia haittavaikutuksia yhteiskunnalle.

Sote-uudistuksessa kaavaillaan rajoitettua valinnanvapautta erikoissairaanhoidon käytössä. Tarkoituksena on mahdollistaa valinnanvapaus etenkin elektiivisessä erikoissairaanhoidossa tavalla, joka ei kannusta potilaiden yli- tai alihoitamiseen. (Pöysti 2016b.) Käytännön toteuttamistapoja ei ole vielä julkistettu. Valinnanvapautta erikoissairaanhoidossa voidaan pitää hyödyllisenä kehityksenä, jos se johtaa palveluntuottajien erikoistumiseen. Tutkimuksen sairaanhoitopiireissä erikoistuminen on vähäistä, jota voidaan pitää merkittävänä ongelmana nykyjärjestelmässä. Erikoistumisen puute heikentää kansalaisten tasa-arvoista kohtelua. Erikoistuminen on hyödyllistä, koska se pienentää erikoissairaanhoidosta aiheutuvia kustannuksia ja parantaa hoidon laatua (Duodecim 2003; Helkamaa et al. 2016). Sote-uudistuksen päämääränä on keskittää tiettyjen palveluiden tuotantoa ja tässä valinnanvapausmalli voi olla erityisen hyödyllinen, jos se tehostaa resurssien käyttöä ja parantaa

hoitojen tuloksellisuutta. Riskinä uudistuksessa on, että erikoistumista ei edistetä riittävästi. 18 maakunnan malli poikkeaa nykyjärjestelmästä merkittävästi, mutta riskinä on, että maakunnat pitävät omasta tuotannosta kiinni vastaavasti kuin kunnat nykyjärjestelmässä, jolloin erikoistumisesta saatavia etuja ei saavuteta.

Valinnanvapausmalli ei ole ongelmaton. palveluntuottajien määrän lisääntyminen valinnanvapauden myötä voi aiheuttaa ongelmia hoidon laadun valvonnassa ja etäännyttää toteutettavan hoidon päätöksenteon järjestämisvastuullisesta tahosta. Mahdollinen palvelutuotannon lisääntynyt kilpailutus voi aiheuttaa ongelmia alueilla, joilla tuottajapooli on riittämätön. Vastaavissa tilanteissa voidaan ajautua tilanteisiin, joissa aitoa kilpailua ei synny ja hoidon kustannukset tosiasiallisesti nousevat. Tämän tutkimuksen tuloksissa nousi esille epäsuotuisa trendi yksityisistä palveluntuottajista. Yksityinen erikoissairaanhoidon palvelutuotanto tutkimuksen sairaanhoitopiirien alueilla on valtaosin muutaman yksityisen palveluntuottajan hallussa. Valinnanvapausmallin uhkana on se, että aitoa kilpailua ei synny tuottajien välillä, vaan päädytään oligopolitilanteeseen, jossa ennen julkisesti tuotettuja terveydenhuollon palveluita ulkoistetaan ainoastaan muutamalle suurelle yritykselle, joilla voi olla alueellisia monopoleja palvelutuotannossa. Kilpailun puute yhdistettynä lisääntyneeseen ulkoistamiseen voivat johtaa aikaisempaa korkeampiin erikoissairaanhoidon kustannuksiin.

Tutkimuksen aineiston keruuvaiheessa kävi ilmi, että sairaanhoitopiirien tuotteistuksen taso ja sen myötä tuotettu data on puutteellista. Mukana olevien sairaanhoitopiirien välillä on suuria eroja sisäiseen käyttöön tuotetun datan laadussa ja määrässä. Lisäksi sairaanhoitopiirit käyttävät eri tuotteistusjärjestelmiä (muun muassa eri DRG-versioita), jotka eivät ole keskenään vertailukelpoisia. Laadukkaalla tuotteistuksella voidaan parantaa vertailtavuutta sairaanhoitopiirien välillä, parantaa kilpailutusmahdollisuuksia ja asettaa kannustimia tehokkaampaan tuotantoon. Tutkimuksessa käytetty Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen tuottama vakioitu data Suomessa tuotetuista DRG-pisteistä on parasta saatavilla olevaa dataa erikoissairaanhoidon tuotannosta ja se luo mahdollisuuden sairaanhoitopiireille tutkia oman ja muiden sairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajarakennetta. Datan perusteella pystytään selvittämään tarkasti, mistä sairaanhoitopiirien alueiden palvelut hankitaan, hankittujen palveluiden määrä ja kuinka monelle potilaalle palveluita on hankittu. Sairaanhoitopiirien itse tuottama data ei tätä mahdollista. Sairaanhoitopiirien tuotteistuksessa havaitut puutteet tulee paikata, jotta sote-uudistuksen tuoma lisääntynyt kilpailutus ja valinnanvapausmalli ovat mahdollisia.

Sote-uudistuksessa täytyy panostaa parempaan tuotteistukseen ja etenkin vertailukelpoisen datan tuottamiseen, jotta myös palveluntuottajien kustannukset voidaan huomioida vertailuissa.

Sairaanhoitopiirien alueiden välisiä tuottavuusvertailuja heikentävät sairaanhoitopiirien eroavaisuudet käytetyissä DRG-versioissa ja puutteet sisäisessä tuotanto- ja kustannusinformaatiossa. Sote-uudistus parantaa tilannetta, jos voidaan varmistaa, että maakunnat sitoutuvat yhteisiin käytäntöihin muun muassa siitä, mitä DRG-versiota käytetään, kuinka toimenpiteet kirjataan ja millä tarkkuustasolla informaatiota tuotetaan. Erikoissairaanhoidon tuottavuuden mittaamisessa yksi tärkein tekijä on tuotoksen valinta. Suomessa tuottavuusvertailuissa käytetään episodituottavuutta. Episodien käyttäminen tuotoksena ei huomioi optimaalista tuotantotasoa. Esimerkiksi sairaanhoitopiirin alueen tuottavuus voi parantua samalla, kun sen ylituotanto kasvaa. Tuottavuuden mittaamisessa on huomioitava käytetyn menetelmän puutteet ja käytetyn menetelmän soveltuvuus erikoissairaanhoidon tuloksellisuuden mittaamisen.

Sairaanhoitopiirien palveluiden mitoituksessa on puutteita. Tutkimuksessa käy ilmi, että DRG-pisteissä mitattuna ja sairastavuusindeksillä oikaistuna sairaanhoitopiirien alueiden erikoissairaanhoidon käytössä on merkittäviä alueellisia eroja. Erot eivät johdu eroista sairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajien välisessä tuottavuudessa tai alueellisessa sairastavuudessa. Todennäköisin syy eroihin on poikkeavissa hoitokäytännöissä, ja siinä millä perusteilla potilaita lähetetään edelleen erikoissairaanhoidon palveluiden piiriin. Tutkimuksessa laadittu laskentamalli auttaa sairaanhoitopiirejä tarkastelemaan oman palvelutuotantonsa mitoituksen onnistumista ja mahdollistaa vertailun sairaanhoitopiirien alueiden välillä. Sote-uudistuksen tapauksessa on syytä tarkastella kriittisesti alueellista tuotantoa ja sen mitoitusta. Osissa Suomea asukaskohtainen erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö on liian suurta ja toisaalla liian vähäistä, joka vaarantaa asukkaiden yhdenvertaisuuden palveluiden saatavuudessa ja hukkaa erikoissairaanhoitoon käytettäviä resursseja.

Tuleva sote-uudistus on hyvä alku erikoissairaanhoidon palvelutuotannon kehittämiseksi, mutta monet ongelmat ovat vielä ratkaisematta. Uudistus parantaa tilannetta etenkin hankinnan osalta verrattuna nykyjärjestelmään, mutta avoimia kysymyksiä ja puutteita on vielä valinnanvapausmallissa ja tuotteistuksessa. Uudistuksen etenemisen seurannassa on tärkeää, että käytössä ovat oikeanlaiset mittarit, jotka ohjaavat maakuntien toimintaa, edistävät palveluiden optimaalista mitoitusta ja tukevat terveydenhuollon tuloksellisuuden paranemista.

6.3 Tutkimustulosten validius ja reliabiliteetti

Hiltusen (2009) mukaan tutkimuksen tulosten validiteettia tarkasteltaessa tutkitaan mittaustuloksista tehtäviä päätelmiä ja huomioidaan tutkimustulosten käyttökelpoisuus. Tutkimustulosten validiteetin vuoksi tutkimusmetodologia, -menetelmä ja aineisto on valittu siten, että ne tukevat toisiaan.

Tutkimuksen metodologiassa on sekä eksploratiivisia että eksplanatorisia piirteitä johtuen käytetystä aineistoista. Pohja-aineistona toimi Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen kvantitatiivinen data, jonka pohjalta tehtyjä päätelmiä pyrittiin selittämään muista lähteistä saaduilla aineistoilla. Tutkimuksen tulosten validiteetin ja reliabiliteetin parantamiseksi käytettiin aineistotriangulaatiota. Tutkimustulosten validiteettia parantaa se, jos niitä verrataan aikaisempaan kirjallisuuteen aiheesta (Hirsjärvi & Hurme 2008; 190). Tutkimustuloksia ja johtopäätöksiä esiteltäessä tuloksia verrattiin aikaisempaan kirjallisuuteen ja muihin lähdeaineistoihin aina, kun se oli mahdollista ja tutkimustulosten validiteettia parantavaa.

Reliabiliteetilla ilmaistaan kuinka luotettavasti käytetty mittausten menetelmä mittaa tutkittavaa ilmiötä (Hiltunen 2009). Laadullisessa tutkimuksessa tutkimustuloksia voidaan pitää reliaabeleina, kun ne eivät sisällä ristiriitaisuuksia (Eskola & Suoranta 1998; 213). Tutkimuksen reliabiliteettia on parannettu käyttämällä DRG-pisteitä palveluntuottajarakenteen määrittämisessä. DRG-tuotteistus on laajimmin levinnyt ja pisimmälle kehittynyt erikoissairaanhoidon tuotteistusjärjestelmä ja sen käytössä huomioidaan maakohtaiset eroavaisuudet. Tutkimuksessa ei tullut vastaan ristiriitaisuuksia eri aineistoja yhdistettäessä, joka tukee DRG-pisteiden valintaa reliaabelina mittarina.

Tutkimustulosten käyttökelpoisuutta on parannettu erottelemalla tutkimustulosten esittely kahteen eri lukuun. Viidennessä luvussa esitetään tutkimuksen tulokset ja niiden mahdolliset syyt. Kuudennessa luvussa pohditaan syitä ja esitetään johtopäätöksiä tutkimuksen tuloksista. Lukujen erottelu toisistaan mahdollistaa lukijalle esitettyjen johtopäätösten kyseenalaistamisen ja tuo läpinäkyvyyttä tulkintojen tekoprosessiin (Hirsjärvi & Hurme 2008; 192–193). Tutkimustulosten käyttökelpoisuutta on pyritty parantamaan esittämällä syitä tehdyille havainnoille ja nostamalla kirjallisuuskatsauksesta esille ongelmakohtia, joita sairaanhoitopiireissä on esiintynyt. Lisäksi kirjallisuuden pohjalta nousseita ongelmakohtia on verrattu sairaanhoitopiirien nykytilanteeseen ja siihen, miten tilanne muuttuu sote-uudistuksen myötä.

Tutkimuksen validiteettia on pyritty parantamaan monin keinoin, mutta luonnollisesti tutkimuksessa on rajoitteensa. Tutkimuksen rajoitteet aiheutuvat tehdyistä valinnoista sekä aineiston puutteista. Tutkimus

käsittää ainoastaan osan Suomen sairaanhoitopiireistä ja niiden alueista eikä täten anna täysin kokonaisvaltaista kuvaa erikoissairaanhoidon palveluntuottajarakenteesta Suomessa. Lisäksi tutkimuksessa mukana oleva aineisto käsittää ainoastaan vuoden 2013 erikoissairaanhoidon DRG-pisteet, joten siitä ei voida tehdä päätelmiä, miten palveluntuottajarakenne on kehittynyt ajan mittaan. Aineiston valinta ja rajaukset tutkimuksen sairaanhoitopiireistä on tehty toimeksiantajan ehdotuksesta.

Tutkimuksen aineiston puutteet johtuvat aineiston kokoamistavoista, puutteista DRG-tuotteistuksessa ja erikoissairaanhoidon palveluntuottajien kirjaamistavoista Suomessa. Tutkimuksen aineiston DRG-pisteet ovat laskettu hyödyntäen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin DRG-painokertoimia, mistä johtuen tutkimuksen sairaanhoitopiirikohtaiset DRG-pisteet ovat suuntaa-antavia eivätkä eksakteja. DRG-tuotteistuksessa on puutteita psykiatrian ja kuntoutuksen osalta. Vaikutus tutkimustulosten luotettavuuteen on vähäinen, koska se koskee vastaavasti kaikkia tutkimuksen sairaanhoitopiirejä ja niiden alueita. Psykiatrian palveluiden osuus kaikista erikoissairaanhoidon palveluista voi näyttäytyä todellisuutta pienempänä. Yksityisten palveluntuottajien osalta aineistossa on mukana ainoastaan erikoissairaanhoidon laitoshoidon eli avohoidon käyntejä ei ole aineistossa mukana ja yksityisten palveluntuottajien julkisille toimijoille tuottamat välituotteet ovat kirjattuina julkisten toimijoiden tietoihin, koska ovat osa DRG-palvelukokonaisuutta. Lisäksi Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen tuottamassa aineistossa on puutteita erikoisalakohtaisissa tiedoissa, jos erikoissairaanhoidon palveluntuottajan organisaatorakenne ei vastaa hoitoilmoitusjärjestelmän erikoissalarakennetta (Riippa et al. 2012).

Tutkimustulosten validiteettia ja reliabiliteettia voidaan pitää hyvänä puutteista huolimatta, koska tutkimuksen tavoitteena ei ole tuottaa eksakteja tuloksia sairaanhoitopiirien rakenteesta, vaan kartoittaa sairaanhoitopiirien palveluntuottajarakennetta riittävällä tarkkuudella. Aineiston puutteista huolimatta se on riittävän tarkkaa tutkimuksen tavoitteen saavuttamiseksi. Tutkimuksen perusteella voidaan jatkotutkimusta suunnata oikeille alueille ja parantaa palveluiden mitoittamista erikoissairaanhoidossa.

6.4 Tuleva tutkimus

Erikoissairaanhoidon palveluntuottajarakennetta Suomessa on tutkittu niukasti. Tutkimuksesta käy ilmi suuret erot palveluntuottajarakenteessa ja siinä kuinka paljon erikoissairaanhoidon palveluita tuotetaan asukasta kohden. Tutkimuksen tulokset antavat suuntaa mihin uutta tutkimusta kannattaa suunnata, mutta se ei anna suoria vastauksia sairaanhoitopiireille ja sote-uudistuksen mukana tuleville maakunnille, kuinka palveluita tulee mitoittaa ja missä niitä kannattaa tuottaa.

Tutkimuksesta eivät käy ilmi palveluntuottajien väliset tuottavuuserot. Aineistosta käy ilmi ainoastaan tuotokset, mutta ei tuotoksien aikaansaamiseksi käytettyjä panoksia. Jatkotutkimusta siitä millaiset tuottavuuserot palveluntuottajarakenteiden välillä on, kannattaa tehdä, jotta pystytään selvittämään, ovatko tietynlaiset rakenteet tehokkaampia kuin toiset. Esimerkiksi vaikuttaako yksityisten palveluntuottajien tai oman sairaanhoitopiirin julkisten toimijoiden käyttö positiivisesti tai negatiivisesti sairaanhoitopiirin alueen tuottavuuteen.

Palveluiden alueellisen mitoittamisen ja tuloksellisuuden parantamiseksi tulevaa tutkimusta tulisi suunnata siihen, mistä johtuvat suuret alueelliset erot erikoissairaanhoidon palveluiden käytössä, kun sairastavuus on jo pyritty sulkemaan pois vaikutuksista. Syiden löytäminen erikoissairaanhoidon palveluiden alueellisen käytön eroihin, mahdollistaa palveluiden tasa-arvoisen tarjoamisen ympäri Suomea ja mahdollisesti paljastaa tehottomuutta ylikäyttösairaanhoitopiirien alueiden palveluntuottajissa tai eroja niiden perusterveydenhuollon hoitoonohjaamiskäytännöissä.

Selvittämällä alueellisten tuotantoerojen syitä ja sairaanhoitopiirien alueiden tuottavuuseroja pystytään sote-uudistuksen myötä käytössä olevia resursseja kohdistamaan tehokkaammin ja saadaan tietoa siitä, ovatko tietyt palveluntuottajat tehokkaampia kuin toiset ja jos on, niin palveluntuottajarakennetta voidaan muokata optimaalisempaan suuntaan.

Lähteet

- Aaltonen, J., Jaatinen, S., Talvinko, T., Virtainen, M. & Vohlonen, I. Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotteistus Suomessa. Suomen Kuntaliitto. (2007a).
- Aaltonen, Juho., et al. "Perusopetuksen, lukioiden ja ammatillisen peruskoulutuksen tuottavuus ja tehokkuus–Loppuraportti." Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, VATT-tutkimuksia 135 (2007b).
- Aho, Tuomas. Hankinta- ja sopimuskäytännöt palvelujen ulkoistamisessa, (2012). Teoksessa Junnila, Maijaliisa, et al. "Sitä saa mitä tilaa-Tilaaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa.", 118-135. Raportti: 2012_042 (2012).
- Alasuutari, Pertti. Laadullinen tutkimus, 3. Uudistettu painos, Tampere, Vastapaino, (1999).
- Almqvist, Roland. "Measuring the threat of competition-services for the elderly in the city of Stockholm." Local Government Studies 25.1 (1999): 1-16.
- Asukasluvut, Väestörekisterikeskus, (2015), vierailtu 4.12.2015 klo 22:33
<http://www.vrk.fi/default.aspx?id=278>
- Boyle, Seán. "United Kingdom (England)." Health system review. European Observatory on Health Systems and Policies (2011).
- Carea pähkinänkuoressa, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, vierailtu 28.5.2016 klo 14:20
<http://www.carea.fi/fi/Tietoa%20Careasta/Kymenlaakson%20sairaanhoito-%20ja%20sosiaalipalvelujen%20kuntayhtym%C3%A4/>
- Carea vuosikertomus 2014, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, (2015), vierailtu 11.11.2015 klo 22:13
<http://www.carea.fi/static/vuosikertomukset/2014/index.html>
- DRG-Opas 2015, FCG Finnish Consulting Group Oy, vierailtu 26.10.2015 klo: 12:15
<http://www.norddrg.fi/drg-opas-2014/211-drg-%E2%80%93ryhmittely>
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062#a30.12.2010-1328>
- Duodecim, Suomalainen Lääkäriseura ja Suomen Akatemia. "Tuoko keskittäminen laatua erikoissairaanhoitoon?." Duodecim 119.4 (2003): 347-357.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93437.pdf>
- Erikoissairaanhoidon tuotteistuksen käsikirja v. 2013, FCG Tietojohdaminen Oy, (2012)
<http://www.norddrg.fi/sites/default/files/Kansallinen%20DRG%20keskus%20Erikoissairaanhoidon%20tuotteistuksen%20k%C3%A4sikirja%20v.%202013.pdf>
- Eriksson, Päivi & Kovalainen, Anne. Qualitative methods in business research. Sage, (2008).
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha. Johdatus laadulliseen tutkimukseen 8.painos, Vastapaino (2008).
- Fetter, Robert B. "Casemix classification systems." Australian Health Review 22.2 (1999): 16-34.

Fredriksson, Sami., et al. Palvelujen hankinta yksityisiltä palvelujen tuottajilta, (2012). Teoksessa Junnila, Maijaliisa., et al. "Sitä saa mitä tilaa-Tilaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa.", 89-117. Raportti: 2012_042 (2012).

Gerdtham, U-G., et al. "Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis." Health Economics 8.2 (1999): 151-164.

Glenngård, Anna H., et al. "Health systems in transition." Sweden. WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (2005).

Haapakoski, Kati. Terveystalo kasvaa rajusti ostamalla ODL Terveiden, Mediuutiset, (2011), vierailtu 30.11.2015 klo 00:43

<http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/terveystalo+kasvaa+rajusti+ostamalla+odl+terveyden/a558959>

Hakala, Juha T. "Menetelmällisiä koetuksia." Teoksessa Aaltola, Juhani. & Valli, Raine.(toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 (2010): 12-25.

Ham, Chris. "World class commissioning: a health policy chimera?." Journal of Health Services Research & Policy 13.2 (2008): 116-121.

Hassinen, Kari. Erikoissairaanhoito Kymenlaaksossa turvattava, (2012), vierailtu 23.11.2015 klo 00:43
<http://www.carea.fi/fi/Blog/2012/12/19/10>

Heikkilä, Annika., et al. Terveysasematoimintojen arviointi ja vertailu – case Tampere. VTT. (2009)

Heikkilä, Rauha. Palvelujen tuotteistaminen, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, (2014), vierailtu 22.10.2015, klo 12:15

<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/palvelujen-jarjestaminen-ja-tuottaminen/palvelujen-tuotteistaminen>

Heinonen, Aki. Pieksämäen erikoissairaanhoito kokonaan Mikkeliin - lue tästä, mitä palveluja saa vielä Pieksämäeltä, Länsi-Savo, (2016), vierailtu 7.6.2016 klo 9:49

<http://www.lansi-savo.fi/uutiset/pieksamaen-erikoissairaanhoito-kokonaan-mikkeliin-lue-tasta-mita-palveluja-saa-viela>

Helkamaa, Teemu., Hirvensalo, Eero., Huhtala, Heini., & Remes, Ville. Patient injuries in primary total hip replacement. Acta Orthopaedica, (2016). doi: 10.3109/17453674.2015.1135662

Henkilöstökertomus 2014, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, (2015a), vierailtu 12.11.2015 klo 21:45
<http://www.epshp.fi/files/7704/Henkilostokertomus2014.pdf>

Henkilöstökertomus 2014, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri, (2015b), vierailtu 13.11 klo 14:21
<http://www.khshp.fi/resource/henkilostokertomus-2014/files/assets/common/downloads/publication.pdf>

Hermansson, Elina. Perus- ja erikoissairaanhoito-järjestelmä, Duodecim (2012), vierailtu 22.4.2016 klo 16:04

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00903

Hiltunen, Leena. "Validiteetti ja reliabiliteetti.", Jyväskylän yliopisto, viitattu 7 (2009), vierailtu 1.8.2016 klo 19:08

http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf

Hirsjärvi, Sirkka. & Helena, Hurme. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press, (2008).

Huikko, Katariina. Sosiaali- ja terveystalouden kilpailuttaminen siirtymäkaudella, hankinnat.fi, (2016), vierailtu 6.11.2016 klo 18:09
<http://www.hankinnat.fi/fi/ukk/pahkinankuoressa/sote-ja-siirtymakausi/Sivut/default.aspx>

Hopsu, Erkki. Mihin Kymenlaakson erikoissairaanhoidon, 4.10.2013, Kymen Sanomat, (2013), vierailtu 23.11.2015 klo 00:42
<http://www.kymensanomat.fi/Mielipide---Sana-on-vapaa/2013/10/04/Mihin%20Kymenlaakson%20erikoissairaanhoidon/2013316344324/69>

Häkkinen, Pirjo. Sairaaloiden tuottavuus 2013, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2015).

Häkkinen, Pirjo. Sairaaloiden tuottavuus 2014, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2016).

Jauhiainen, Ilkka. Jämsän ulkoistus ratkesi, Mediuutiset, (2010), vierailtu 27.11.2015 klo 00:20
<http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/jamsan+ulkoistus+ratkesi/a366217>

Junnila, Maijaliisa., et al. "Sitä saa mitä tilaa-Tilaaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystalouksissa." *Raportti: 2012_042* (2012).

Junnila, Maijaliisa. & Fredriksson, Sami. "Tilaaaja-tuottaja-toimintatapa." *Kide: 18* (2012a).

Junnila, Maijaliisa. & Fredriksson, Sami. "Palvelujen ulkoistus." *Kide: 19* (2012b).

Jurvelin, Kyösti. Pihlajalinna nappasi Koskiklinikan kohtuuhintaan, Kauppalehti, (2015), vierailtu 9.12.2015 klo 23:19
<http://www.kauppalehti.fi/uutiset/pihlajalinna-nappasi-koskiklinikan-kohtuuhintaan/7iCtUbhg>

Kalajoki, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, (2015), vierailtu 4.12.2015 klo 23:49
<https://www.pps hp.fi/ammattilaiset/prime102/prime103/prime107.aspx>

Kangasharju, Aki. "Tuottavuus osana tuloksellisuutta." Suomen Kuntaliitto (2008).

Kapiainen, Satu, et al. "DRG:n käyttö ja toimivuus Euroopassa. Raportti: 2012_043, (2012).

Keskimäki, Ilmo., et al., Tilaaaja-tuottaja-toimintatapaan liittyvät keskeiset käsitteet, (2012a). Teoksessa Junnula, Maijaliisa., et al. "Sitä saa mitä tilaa-Tilaaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystalouksissa.", 31–36. Raportti: 2012_042 (2012).

Keskimäki, Ilmo., et al., Kansainvälisiä kokemuksia tilaaaja-tuottaja-toimintatavoista: Englanti, Uusi-Seelanti ja Ruotsi, (2012b). Teoksessa Junnula, Maijaliisa., et al. "Sitä saa mitä tilaa-Tilaaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystalouksissa.", 56-74. Raportti: 2012_042 (2012).

Kinnula, Petra., Teemu Malmi. & Erkki Vauramo. "Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua." Kunnallissalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu 82, (2014a).

Kinnula, Petra., Malmi, Teemu. & Vauramo, Erkki. "Sisältöä sote-uudistukseen." Kunnallissalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu 78, (2014b).

Kinnula, Petra., Malmi, Teemu., Riippa, Iiris. & Vauramo, Erkki. Tunnuksiprojekti: Raportti 3, ennakko kustannustasoluvusta 21.1.2015, nettokustannuksilla laskettu versio, Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulu (2015).

Klijn, Erik-Hans. & Geert R. Teisman. "Institutional and strategic barriers to public—private partnership: An analysis of Dutch cases." *Public money and Management* 23.3 (2003): 137-146.

Kilpailullinen neuvottelumenettely, (2012), vierailtu 23.9.2015 klo 3:38
<http://www.hankinnat.fi/fi/hankintaprosessi/hankintamenettelyt/kilpailullinen-neuvottelumenettely/Sivut/default.aspx>

Koivuranta-Vaara, P. & Sjöholm, M. Sairaanhoidopiirien ja erityisvastuualueiden (erva) asukasluvut, Kuntaliitto (2015), vierailtu 11.11.2015 klo 21:47
http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoidopiirit/asukasluvut/Documents/Ervat_Sairaanhoidopiirit2015.pdf

Kokko, Sami., et al. "Kunta- ja palvelu rakenne-uudistuksen toteutuminen, Kuntakysely sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä ja tuottamisesta", Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, (2009).

KOKOUPÖYTÄKIRJA 1/2014, Forssan seudun kuntarakennelain mukaisen selvityksen sosiaali- ja terveystaloudet —työryhmä, (2014), vierailtu 20.11.2015 klo 1:59
http://www.fshky.fi/UserFiles/fshky/File/hyvinvointikuntayhtyma/kuntarakenneselvitys/29Sosiaali-jatervestpalveluidentyoryhman_ptk_2562014.pdf

Kortelainen, Mika. Julkisen sektorin tehokkuus, Julkinen talous (Ta5b), Helsingin yliopisto 27.4.2015, VATT, (2015), vierailtu 3.8.2016 klo 17:22
http://www.mv.helsinki.fi/home/ulehmiijo/Julkistalous/Julkisen_sektorin_tehokkuus_27-4-2015-1.pdf

Kouvola ei osallistu Kymenlaakson keskussairaalan remonttiin, 4.9.2014, Kouvola Sanomat, (2014), vierailtu 23.11.2015 klo 00:46
<http://www.kouvolasanomat.fi/Online/2014/09/04/Kouvola%20ei%20osallistu%20Kymenlaakson%20keskussairaalan%20remonttiin/2014217846852/4>

Kuntaliitokset, Virtuaalikunta.net, (2016), vierailtu 6.6.2016 klo 12:10
<http://www.virtuaalikunta.net/fi/tietoa/kuntaliitokset/Sivut/default.aspx>

Kuntaliitos 2009, (2009), vierailtu 21.11.2015 klo 00:12
<http://www.kouvola.fi/index/kaupunkijahallinto/tietoakouvolasta/historia/kuntaliitos2009.html>

Kuntaliitto, Suomen. "Sosiaali- ja terveystaloudiden hankinta ostopalveluna. Ohjeita tarjouspyynnön ja hankintasopimuksen laatimiseksi." (2007).

Kuosmanen, Päivi., et al. Kunnat erikoissairaanhoidosta sopimassa. Kunnallissalan kehittämissäätiö, (2004).

Kurenniemi, Marja. "Sairaaloiden tilaratkaisut vaikuttavat tuottavuuteen." *Yhteiskuntapolitiikka-YP* 69 (2004): 4 (2004).

Kustannuslaskennan ohje v. 2015, FCG Konsultointi OY, (2014).
<http://www.norddrg.fi/content/drg-opas-v-2015>

Kuusinen-James, Kirsi. "Tuoko palveluseteli valinnanvapautta." Kunnallissalan kehittämissäätiö. Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu 68 (2012).

Lahti, Hilkka. Leikkaus Oy purkamaan pohjoisen leikkausjonoja, Lääkärilehti, (2005), vierailtu 30.11.2015 klo 00:42

http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=2546/type=1

Lajunen, Heimo. Sairaanhoidopiiri vaihtuu ensi vuoden alusta, Jämsä, (2012), vierailtu 11.12.2015
<http://www.jamsa.fi/kaikki-jamsan-kaupungin-tiedotteet/1220-sairaanhoidopiiri-vaihtuu-ensi-vuoden-alusta>

Laki julkisista hankinnoista 30.3.2007/348

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070348#L3P15>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090569>

LeGrand, Julian. "The other invisible hand." Delivering Public Services through Choice and Competition, Princeton/New Jersey (2007).

Lehtonen, Jari., Lehtovirta, Jukka. & Mäkelä-Bengs, Päivi. "THL-Toimenpideluokitus-THL-Åtgärdskalssifikation." Ohjaus: 2013_004, (2013).

Leiwo, Hannele. Vuosien taisto päättyy – Ähtärin sairaalan viimeinen päivä on tänään. Yle uutiset, (2016), vierailtu 19.7.2016 klo 12:44

http://yle.fi/uutiset/vuosien_taisto_paattyy_ahtarin_sairaalan_viimeinen_paiva_on_tanaan/8945261

Linnosmaa, Ismo., et al. "Palvelusetelit sosiaalipalveluissa.", (2012). Teoksessa Junnila, Maijaliisa., et al. "Sitä saa mitä tilaa-Tilaaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystalvetuissa.", 31–36. Raportti: 2012_042 (2012).

Lith, Pekka. "Yritystoiminta ja yrittäjyyden edellytykset." *Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja* 32 (2009).

Liukko, Matti., Tuominen-Thuesen, Minna. & Juntunen, Eeva. "Palveluseteli perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa." Sitran selvityksiä 26 (2010).

Ljunggren, Birgitta. & Sjöden, Per-Olow. "Patient reported quality of care before vs. after the implementation of a diagnosis related groups (DRG) classification and payment system in one Swedish county." *Scandinavian journal of caring sciences* 15.4 (2001): 283-294.

Ljunggren, Birgitta. & Sjöden, Per-Olow. "Patient-reported quality of life before, compared with after a DRG intervention." *International Journal for Quality in Health Care* 15.5 (2003): 433-440.

Matveinen, Petri. & Knape, Nina. *Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2013, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, (2015).

Mays, Nicholas. & Dixon, Anna. "Assessing and explaining the impact of New Labour's market reforms." *Understanding New Labour's market reforms of the English NHS*. London: King's Fund (2011).

Miettinen, Sari., et al. Kohti tilaaaja-tuottaja-toimintatapaa, (2012). Teoksessa Junnila, Maijaliisa., et al. "Sitä saa mitä tilaa-Tilaaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystalvetuissa.", 31–36. Raportti: 2012_042 (2012).

Mehtonen, Mikko., et al. Tuloksellisuus, Kuntaliitto, (2015), vierailtu 22.4.2016 klo 15:52
<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/kuntatalous/tuloksellisuus/Sivut/default.aspx>

Mustonen, Kari. Forssan seudulla haetaan yksityistä terveystaloa kumppaniksi pelastamaan sairaalapalvelut, Yle uutiset, (2016), vierailtu 20.7.2016 klo 10:15
http://yle.fi/uutiset/forssan_seudulla_haetaan_yksityista_terveystaloa_kumppaniksi_pelastamaan_sairaalapalvelut/8939978

Niiranen, Annikki. & Haapanen, Jorma. Esitys Kymenlaakson sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintamalliksi, (2014), vierailtu 24.11.2015 klo 00:49
http://www.cursor.fi/sites/cursor40.cursor.local/files/liitteet/liite_kuntarakenne_ory_13.10.2014_sote-rakenne-esitys_260914.ppt

Nishimizu, Mieko. & John M. Page. "Total factor productivity growth, technological progress and technical efficiency change: dimensions of productivity change in Yugoslavia, 1965-78." The Economic Journal (1982): 920-936.

NordDRG-ryhmittely, FCG Finnish Consulting Group Oy, vierailtu 29.10.2015 klo 10:11
<http://www.norddrg.fi/content/norddrg-ryhmittely>

Or, Zeynep. & Häkkinen, Unto. "DRGs and quality: for better or worse." Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Open University Press, Maidenhead (2011): 115-129.

Palveluseteli erikoissairaanhoidon palveluihin, 1761/02.08.00.01/2014, Sosiaali- ja terveyslautakunta, Lempäälän kunta, (2014), vierailu 30.11.2015 klo 01:44
<http://www2.lempaala.fi/d5web/kokous/20144414-4.PDF>

Palvelusopimus 2014, Kuhmoinen, (2014), vierailtu 11.12.2015 klo 22:46
<http://www.kuhmoinen.fi/dynasty/kokous/2014115-11-1.PDF>

Paronen, Elsa. Rationaalinen päätöksenteko sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksissa: tapaustutkimus kahdesta sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksesta Pohjois-Savossa, Itä-Suomen yliopisto, Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy Tampere, (2015).

Pieksämäen kaupungin talouden tasapainotus, Kokouksen KV:10.11.2015 18:00 pöytäkirja: 77§, (2015), vierailtu 24.11.2015 klo 22:08
<http://ktweb.pieksamaki.fi/ktwebbin/ktproxy2.dll?doctype=2&filename=46732329.doc&pykno=77&elin=KV&lis=0&pvm=10%2e11%2e2015%2018%3a00>

Pihlava, Minna. Tampereen yliopistosairaalan sydänsairaala avaa vastaanoton Helsingistä, Mediuutiset, (2015), vierailtu 3.12.2015 klo 22:05
<http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/tampereen-yliopistosairaalan-sydansairaala-avaa-vastaanoton-helsingista-6069306>

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tilinpäätös ja toimintakertomus 2014, (2015), vierailtu 13.11.2015 klo 0:07
<http://www.pshp.fi/download/noname/%7B95902E9F-D4A7-4FEC-BDD2-FEF62F1C2984%7D/46315>

PPSHP henkilöstökertomus 2014, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, (2015), vierailtu 12.11.2015 klo 23:04

https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/36443_Henkilostokertomus_HR_FINAL.pdf

PPSHP tilinpäätös 2014, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, (2015), vierailtu 12.11.2015 klo 23:10
https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/35209_Tilinpaaotos_2014_lopul_linen.pdf

Pöysti, Tuomas. Sote- ja maakuntauudistuksen yleisesittely, Sote- ja maakuntauudistus, (2016a), vierailtu 26.7.2016 klo 9:54

<http://alueuudistus.fi/uudistuksen-yleisesittely>

Pöysti, Tuomas. Hallitus haluaa asiakaslähtöisen valinnanvapausmallin, Valtioneuvosto tiedote 300/2016, (2016b), vierailtu 26.7.2016 klo 12:18

http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/10616/hallitus-haluaa-asiakaslahtois-valinnanvapausmallin

Pöytäkirja 4/2012, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, (2012), vierailtu 30.11.2015 klo 00:56

http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/27395_HALLPTK4v12.pdf

Ratkaisujen Suomi, Neuvottelutulos strategisesta hallitusohjelmasta 27.5.2015, (2015), vierailtu 7.9.2016 klo 22:47

http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Hallitusohjelma_27052015.pdf/75d94d8d-15c9-405a-8a9b-eca4987b635e

Raahan seudun hyvinvointikuntayhtymä, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, (2015), vierailtu 4.12.2015 klo 23:23

<https://www.ppsHP.fi/ammattilaiset/prime102/prime104/prime132.aspx>

Ramsay, Hans. Palvelusetelit valinnanvapauden mahdollistajana erikoissairaanhoidossa, HYKS, (2011)

http://www.stas.fi/sem/sem10_ramsay.pdf

Riippa, Iiris., et al. Sairaalan tuottavuustiedot johtamisen työkaluksi, Suomen lääkärilehti 4/12 vsk 67, (2012)

Rogers, William H., et al. "Quality of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system: a summary of effects." *Jama* 264.15 (1990): 1989-1994.

Saarela-Kinnunen, Maria. & Eskola, Jari. "Tapaus ja tutkimus= tapaustutkimus." Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1* (2010): 189-199.

Sairaanhoitopiirien väestötietoja ikäryhmittäin 31.12.2014, Suomen Kuntaliitto, (2015), vierailtu 10.8.2016 klo 13:37

http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/asukasluvut/Documents/V%C3%A4est%C3%B6shp_2014netti.xls

Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus vuoden 2014 kustannusten keruuohje, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2015), vierailtu 19.12.2015 klo 17:11

https://www.thl.fi/tilastoliite/BM/Benchmarking_kustannusten%20keruuohje_%202014.doc

Scapens, Robert W. "Researching management accounting practice: the role of case study methods." *The British Accounting Review* 22.3 (1990): 259-281.

Seppälä, Timo T. & Pekurinen, Markku. "Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat." *Raportti: 2014_022*, (2014).

Simpson, Helen. "Productivity in public services." *Journal of Economic Surveys* 2 (2006): 3.

Soininen, M. Etelä-Pohjanmaa aikoo lakkauttaa Ähtärin sairaalan, *Lääkärilehti*, (2015), vierailtu 12.11.2015 klo 20:26

http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=14480/type=1

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 1507/2007

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20071507>

STM, Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen toimivuus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:1, (2012), vierailtu 6.11.2016 klo 18:32

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3204-3>

Tasekirja 2014, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri, (2015), vierailtu 13.11.2015 klo 0:24

<http://www.khshp.fi/img/file.php?id=562>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L4P33>

Taskutietoa, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, (2015), vierailtu 11.11.2015 klo 23:24

http://www.ksshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Talous_ja_suunnittelu/Vuosikertomukset

THL:n sairastavuusindeksi, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, (2015) vierailtu 21.12.2015 klo 22:54

<http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/2012/notes/notes.htm>

Thomson, Sarah., Foubister, Thomas. & Mossialos, Elias. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. World Health Organization, (2009).

Tiedonkeruu, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, (2015), vierailtu 23.12.2015 klo 03:05

<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/sairaaloiden-toiminta-ja-tuottavuus/tiedonkeruu>

Tilinpäätös ja tasekirja 2014, Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, (2015), vierailtu 12.11.2015 klo 19:56

http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=1226

Toimintakertomus 2013, Vaasan sairaanhoitopiiri, (2013), vierailtu 30.11.2015 klo 02:06

<http://www.vaasankeskussairaala.fi/Link.aspx?id=1256347>

Toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2015–2017 ja talousarvio vuodelle 2015, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, (2014), vierailtu 20.11.2015 klo 21:56

<http://www.ksshp.fi/download/noname/%7B79559BFF-F455-4BA9-856C-2F3B26C5B9E7%7D/51833>

Torkkel, Stiina. Siirtymäkauden hankintasääntely, hankinnat.fi, (2016), vierailtu 6.11.2016 klo 18:10

<http://www.hankinnat.fi/fi/ukk/siirtymakauden-hankintasaantely/Sivut/default.aspx>

Tules-tutkimus, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, (2015), vierailtu 17.11.2015 klo 23:21

<http://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/TULEStutkimus>

Whitehead, Margaret., Gustafsson, Rolf A. & Diderichsen, Finn. "Why is Sweden rethinking its NHS style reforms?." BMJ: British Medical Journal 315.7113 (1997): 935.

Vaasan keskussairaalan yleisesite, vierailtu 11.11.2015 klo 21:11

<http://www.vaasankeskussairaala.fi/Link.aspx?id=1265496>

Vaasan sairaanhoitopiirin toimintakertomus 2014, (2015), vierailtu 11.11.2015 klo 20:50

<http://www.vaasankeskussairaala.fi/Link.aspx?id=1264178>

Virkeänä vanhuuteen, Ikäpoliittinen ohjelma 2014-2020, Varkauden sosiaali- ja terveysterveyskeskus, (2014), vierailtu 21.11.2015 klo 21:11

<http://docplayer.fi/2968364-Varkauden-sosiaali-ja-terveyskeskus-joroinen-valtuuston-hyvaisyma-8-9-2014-virkeana-vanhuuteen-ikapoliittinen-ohjelma-2014-2020.html>

Vuosikertomus 2013, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, (2014), vierailtu 20.11.2015 klo 23:58

<http://www.epshp.fi/files/6811/Vuosikertomus2013f.pdf>

Vuosikertomus 2014, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, (2015), vierailtu 12.11.2015 klo 21:38

<http://www.epshp.fi/files/7703/Vuosikertomus2014.pdf>

Yhteistoimintasopimus, Sopimus Pietarsaaren, Pedersören, Luodon ja Uudenkaarlepyyn sosiaali ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä, (2009), vierailtu 19.11.2015 klo 01:10

http://pietarsaari.fi/jbst/upload/doc/2404.samarbetsavtal_fi.pdf

Yritys, Jokilaakson Terveys Oy, (2015), vierailtu 27.11.2015 klo 00:07

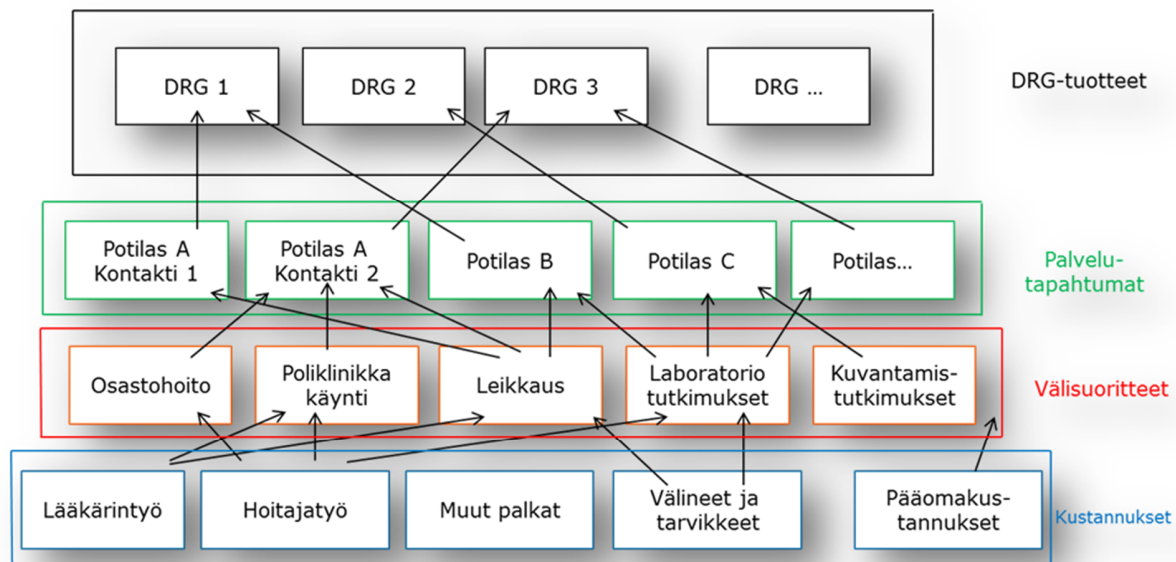
<http://www.jokilaaksonterveys.fi/yritys>

9. Erikoissairaanhoito, peruspalvelukuntayhtymä Kallio, vierailtu 5.12.2015 klo 0:40

http://kalliopp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kallio/embeds/kalliowwwstructure/15533_Palvelukuvaukset_2014_Erikoissairaanhoito.pdf

Liitteet

Liite 1. Potilaskohtainen kustannuslaskenta



DRG-tuotteiden kustannusten yhteys välisuoritteisiin (Kustannuslaskennan ohje v.2015)

Potilaskohtaisessa kustannuslaskennassa pyritään kohdistamaan potilaista aiheutuvat kokonaiskustannukset kaikkiin potilaisiin aiheuttamisperusteella. Alimmalla tasolla kuvassa ovat kaikki sairaanhoidon yksikön kustannukset kustannuslajeittain. Nämä kohdistetaan edelleen välisuoritetasolle, jotka ovat potilaan hoitoon käytettyjä suoritteita. Välisuoritetason suoritteet jakautuvat palveluntuottajan määrittämiin suoritteisiin ja kansallisiin nimikkeistöihin. Kaikilla välisuoritetasoilla tulee olla oma kustannuslaskentansa, jonka pohjalta välituotehinnat määritetään. Potilastasolla potilaan hoidosta kohdistuvat kustannukset kohdistetaan jokaiselle potilaalle heidän käyttämien välisuoritteiden mukaan. Potilastason kustannukset edelleen kohdistetaan diagnoosin mukaisiin DRG-ryhmiin. DRG-ryhmän kokonaiskustannukset jakamalla potilaiden määrällä saadaan DRG-ryhmän keskikustannus, jota käytetään DRG-ryhmän hinnoitteluun ja laskutukseen. (Kustannuslaskennan ohje v.2015).

Liite 2. DRG-pisteiden hinnoittelu

Alla olevissa taulukoissa käydään läpi DRG-pisteiden hinnoittelu Aaltonen et al. (2007a; 42)

esimerkkiä mukaillen:

	Hoitojaksojen määrä	Hoitojaksojen kustannusten summa	Keskiarvokustannus per hoitojakso	DRG-hinta
DRG 1	200	200 000 €	1 000	1 000 €
DRG 2	400	800 000 €	2 000	2 000 €
DRG 3	600	1 800 000 €	3 000	3 000 €

Taulukko 1. Esimerkki DRG-pisteiden hinnoittelusta potilaskohtaista kustannuslaskentaa käyttäen

Ensimmäisen taulukon sairaanhoidon yksikössä on käytössä potilaskohtainen kustannuslaskenta, josta syystä DRG-painoja ei tarvitse käyttää. DRG-ryhmän yksikköhinta on laskettu jakamalla hoitojaksojen kustannusten summa hoitojaksojen määrällä. Esimerkiksi DRG 1-ryhmän kohdalla se tarkoittaa sitä, että 200 000 on jaettu 200, jolloin DRG 1 ryhmän yksikköhinna muodostuu 1000 €.

	Hoitojaksojen määrä	Hoitojaksojen kustannusten summa	DRG-paino toisesta sairaalasta	DRG-pisteiden määrä	DRG-hinta
DRG 1	200	Ei saatavissa	0,5	100	1 000 €
DRG 2	400	Ei saatavissa	1	400	2 000 €
DRG 3	600	Ei saatavissa	1,5	900	3 000 €
Yhteensä		2 800 000 €		1 400	

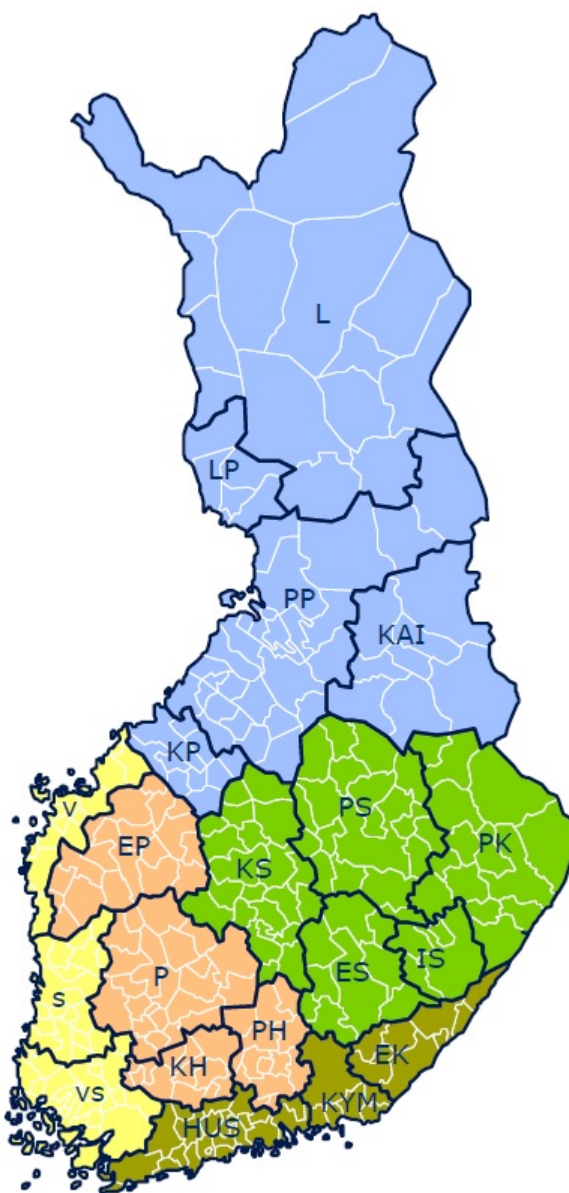
Taulukko 2. Esimerkki DRG-pisteiden hinnoittelusta DRG-painokertoimia käyttäen

Toisen taulukon sairaanhoitoyksikössä ei ole käytössä potilaskohtaista kustannuslaskentaa, jolloin DRG-ryhmien hinnoittelussa käytetään apuna DRG-pisteiden hintaa ja muualta saatuja DRG-painoja, jotka voivat olla peräisin esimerkiksi toisesta sairaalasta tai kansallisia keskiarvoja. DRG-pisteiden määrä saadaan kertomalla hoitojaksojen määrä toisesta sairaanhoidon yksiköstä saadulla DRG-painolla. Esimerkiksi DRG 1-ryhmän DRG-pisteiden määrä on 200 kertaa 0,5 eli 100 DRG-pistettä. DRG-pisteen hinta saadaan laskemalla hoitojaksojen kustannusten summa DRG-pisteiden määrällä eli taulukon 2 tapauksessa 2 800 000€ jaettuna 1400. Yhden DRG-pisteen hinnaksi tulee tällöin 2 000 €. DRG-ryhmäkohtainen yksikkökustannus saadaan laskemalla kertomalla DRG-ryhmän DRG-paino

DRG-pisteen hinnalla. DRG 1 – ryhmän tapauksessa yksikkökustannukseksi tulee 2 000 € kertaa 0,5 eli 1 000 €.

Liite 3. Suomen sairaanhoitopiirit ja erityisvastuualueet

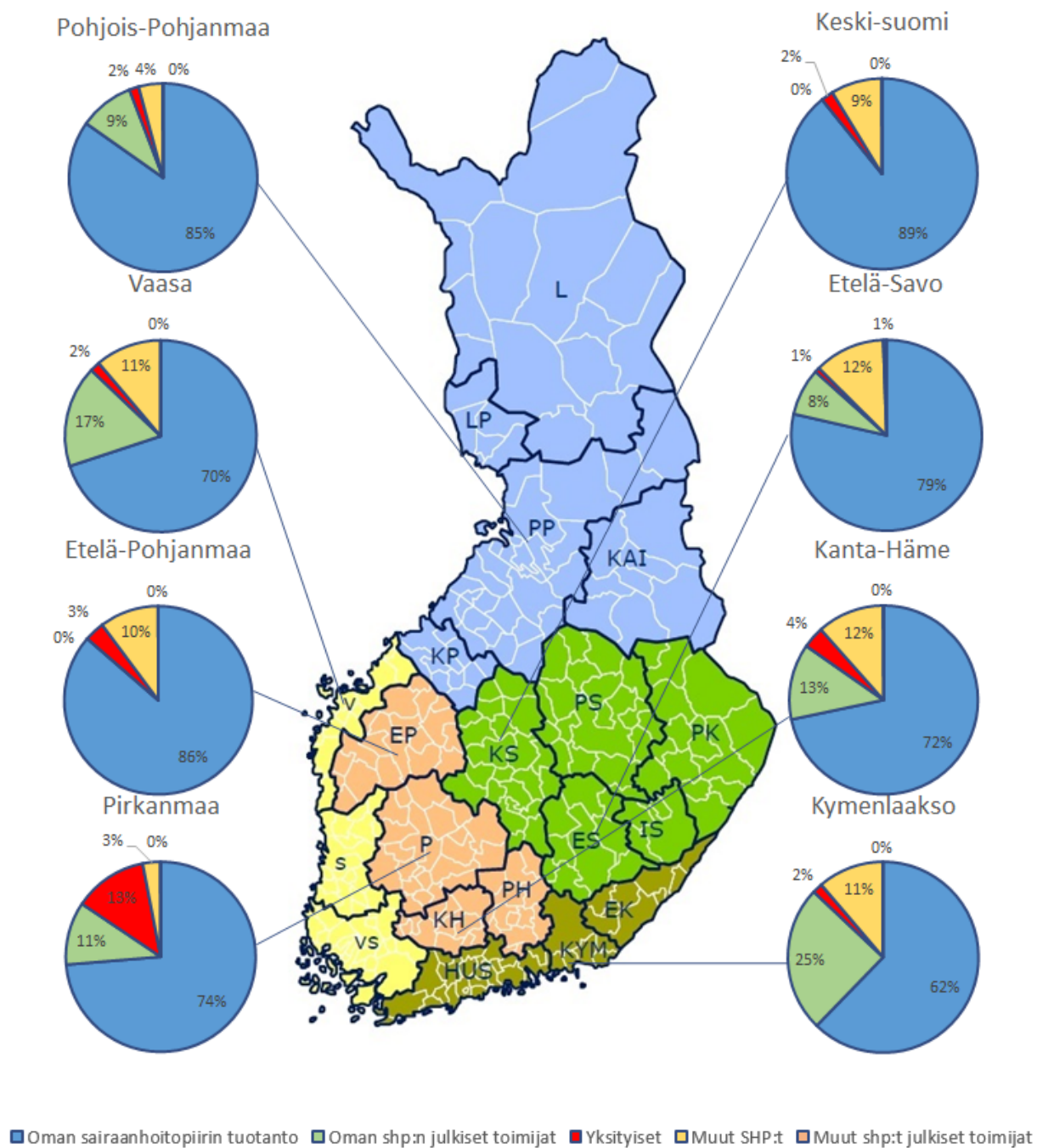
	Asukkaita	Kuntia
HYKS erva	1 904 062	39
Helsinki ja Uusimaa (HUS)	1 599 390	24
Etelä-Karjala (EK)	131 764	9
<u>Kymenlaakso (KYM)</u>	172 908	6
KYS erva	816 405	67
Pohjois-Savo (PS)	248 407	19
<u>Etelä-Savo (ES)</u>	103 873	9
Itä-Savo (IS)	44 051	4
<u>Keski-Suomi (KS)</u>	251 178	21
Pohjois-Karjala (PK)	168 896	14
OYS erva	741 897	68
<u>Pohjois-Pohjanmaa (PP)</u>	405 635	29
Kainuu (KAI)	76 119	8
Keski-Pohjanmaa (KP)	78 395	10
Lapin (L)	118 145	15
Länsi-Pohja (LP)	63 603	6
TAYS erva	1 110 996	67
<u>Pirkanmaa (P)</u>	524 447	23
<u>Etelä-Pohjanmaa (EP)</u>	198 242	19
<u>Kanta-Häme (KH)</u>	175 350	11
Päijät-Häme (PH)	212 957	14
TYKS erva	869 477	60
Varsinais-Suomi (VS)	475 842	28
Satakunta (S)	223 983	19
<u>Vaasa (V)</u>	169 652	13
Manner-Suomi	5 442 837	301



Suomen erityisvastuualueet ja niihin kuuluvat sairaanhoitopiirit. Alkuperäinen kuva ja tiedot: Koivuranta-Vaara & Sjöholm 2015

Tutkimuksessa mukana olevat sairaanhoitopiirit ovat eroteltuna listauksessa alleviivattuina. Asukasluvut ovat vuodelta 2014.

Liite 4. Sairaanhoidopiirien alueiden erikoissairaanhoidon palveluntuottajarakenne



Liite 5. Sairaanhoidopiirien alueiden palveluntuottajien osuudet sairaanhoidopiirin jäsenkunnille tuotetuista erikoissairaanhoidon palveluista DRG-pisteinä ja suhteellisina osuuksina aikaisemmista taulukoista puuttuvissa kunnissa

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri

Kunta/ tuottaja	SHP	SHP julk.	Yksityiset	Muut SHP:t	Muut SHP:t julk.	Yhteensä
Etelä- Pohjanmaa	265 887	-	10 584	31 278	146	307 895
	86 %	0 %	3 %	10 %	0 %	100 %
Isojoki	3 276	-	137	265	-	3 678
	89 %	0 %	4 %	7 %	0 %	100 %
Isokyrö	6 344	-	243	1 295	5	7 887
	80 %	0 %	3 %	16 %	0 %	100 %
Karjajoki	2 362	-	71	318	0	2 751
	86 %	0 %	3 %	12 %	0 %	100 %
Kuortane	4 497	-	231	393	3	5 124
	88 %	0 %	5 %	8 %	0 %	100 %
Lappajärvi	4 567	-	296	364	1	5 228
	87 %	0 %	6 %	7 %	0 %	100 %
Soini	3 672	-	182	541	0	4 395
	84 %	0 %	4 %	12 %	0 %	100 %
Vimpeli	4 775	-	91	482	1	5 349
	89 %	0 %	2 %	9 %	0 %	100 %
Ähtäri	7 654	-	382	848	0	8 884
	86 %	0 %	4 %	10 %	0 %	100 %

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Kunta/ tuottaja	SHP	SHP julk.	Yksityiset	Muut SHP:t	Muut SHP:t julk.	Yhteensä
Keski-Suomi	369 083	-	8 628	35 949	160	413 821
	89 %	0 %	2 %	9 %	0 %	100 %
Hankasalmi	8 943	-	149	812	24	9 928
	90 %	0 %	1 %	8 %	0 %	100 %
Kannonkoski	1 965	-	47	293	1	2 306
	85 %	0 %	2 %	13 %	0 %	100 %
Kinnula	2 368	-	37	164	-	2 568
	92 %	0 %	1 %	6 %	0 %	100 %
Kivijärvi	1 824	-	46	259	-	2 129
	86 %	0 %	2 %	12 %	0 %	100 %
Konnevesi	4 003	-	96	268	1	4 368
	92 %	0 %	2 %	6 %	0 %	100 %
Kyyjärvi	2 154	-	63	339	-	2 556
	84 %	0 %	2 %	13 %	0 %	100 %
Luhanka	1 453	-	38	188	1	1 679
	87 %	0 %	2 %	11 %	0 %	100 %
Multia	2 247	-	80	223	0	2 551
	88 %	0 %	3 %	9 %	0 %	100 %
Petäjävesi	6 092	-	110	595	-	6 797
	90 %	0 %	2 %	9 %	0 %	100 %
Pihtipudas	6 491	-	180	585	6	7 262
	89 %	0 %	2 %	8 %	0 %	100 %
Toivakka	3 401	-	76	241	-	3 719
	91 %	0 %	2 %	6 %	0 %	100 %
Uurainen	4 730	-	72	665	0	5 467
	87 %	0 %	1 %	12 %	0 %	100 %

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Kunta/ tuottaja	SHP	SHP julk.	Yksityiset	Muut SHP:t	Muut SHP:t julk.	Yhteensä
Pirkanmaa	647 579	94 380	110 175	26 324	477	878 936
	74 %	11 %	13 %	3 %	0 %	100 %
Hämeenkyrö	15 569	60	2 230	136	2	17 996
	87 %	0 %	12 %	1 %	0 %	100 %
Ikaalinen	11 411	45	1 783	188	1	13 429
	85 %	0 %	13 %	1 %	0 %	100 %
Juupajoki	3 108	14	411	95	1	3 629
	86 %	0 %	11 %	3 %	0 %	100 %
Kihniö	3 320	30	609	152	-	4 112
	81 %	1 %	15 %	4 %	0 %	100 %
Orivesi	14 396	54	2 309	503	1	17 264
	83 %	0 %	13 %	3 %	0 %	100 %
Parkano	10 233	15	2 082	202	1	12 532
	82 %	0 %	17 %	2 %	0 %	100 %
Pälkäne	9 801	67	1 402	581	1	11 853
	83 %	1 %	12 %	5 %	0 %	100 %
Ruovesi	7 510	45	1 824	145	1	9 526
	79 %	0 %	19 %	2 %	0 %	100 %
Urjala	8 379	30	1 516	127	270	10 322
	81 %	0 %	15 %	1 %	3 %	100 %
Vesilahti	5 111	24	962	105	3	6 205
	82 %	0 %	16 %	2 %	0 %	100 %
Virrat	9 764	46	2 028	892	1	12 731
	77 %	0 %	16 %	7 %	0 %	100 %

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Kunta/ tuottaja	SHP	SHP julk.	Yksityiset	Muut SHP:t	Muut SHP:t julk.	Yhteensä
Pohjois- Pohjanmaa	525 354	58 144	10 205	25 818	236	619 757
	85 %	9 %	2 %	4 %	0 %	100 %
Alavieska	3 562	54	18	285	0	3 921
	91 %	1 %	0 %	7 %	0 %	100 %
Haapajärvi	12 758	147	232	488	28	13 654
	93 %	1 %	2 %	4 %	0 %	100 %
Haapavesi	11 724	226	56	321	-	12 327
	95 %	2 %	0 %	3 %	0 %	100 %
Hailuoto	2 046	-	16	20	0	2 082
	98 %	0 %	1 %	1 %	0 %	100 %
Ii	13 922	55	139	563	-	14 679
	95 %	0 %	1 %	4 %	0 %	100 %
Kärsämäki	4 399	86	21	41	13	4 560
	96 %	2 %	0 %	1 %	0 %	100 %
Liminka	11 393	51	121	318	6	11 888
	96 %	0 %	1 %	3 %	0 %	100 %
Lumijoki	2 684	12	49	125	0	2 871
	94 %	0 %	2 %	4 %	0 %	100 %
Merijärvi	1 844	25	19	93	-	1 981
	93 %	1 %	1 %	5 %	0 %	100 %
Muhos	13 421	101	116	66	1	13 704
	98 %	1 %	1 %	0 %	0 %	100 %
Pyhäjärvi	10 128	117	140	161	72	10 618
	95 %	1 %	1 %	2 %	1 %	100 %
Pyhäntä	2 304	67	10	56	5	2 443
	94 %	3 %	0 %	2 %	0 %	100 %
Siikalatva	10 674	182	31	90	1	10 978
	97 %	2 %	0 %	1 %	0 %	100 %
Taivalkoski	5 590	7	129	157	1	5 884
	95 %	0 %	2 %	3 %	0 %	100 %
Tyrnävä	8 378	34	76	265	0	8 754
	96 %	0 %	1 %	3 %	0 %	100 %
Utajärvi	5 224	8	36	188	0	5 458
	96 %	0 %	1 %	3 %	0 %	100 %
Vaala	5 742	9	39	176	1	5 967
	96 %	0 %	1 %	3 %	0 %	100 %